Les « leçons » du Staff inter-maternités 2023

Rédaction : Rozenn COLLIN (relecture : Cyril FLAMANT, Norbert WINER)

1 Obstétrique

1.1 Quelques précisions sur l'INFORMATION de la patiente en cas d'utérus cicatriciel

L'existence d'une cicatrice utérine pose principalement le problème du choix du mode d'accouchement :

- ✓ Tentative d'accouchement par voie basse
- ✓ Césarienne de principe

Chacune des deux attitudes comporte des avantages et des inconvénients.

1.1.1 Tentative d'accouchement par voie basse :

Avantages :

La tentative d'accouchement par voie basse après césarienne (TVBAC) permet un accouchement par voie basse plus de 8 fois sur 10. Cela évite une deuxième cicatrice sur l'utérus.

Parmi les inconvénients de la TAVBAC :

Echec de l'accouchement voie basse 1 fois sur 5, imposant la réalisation d'une césarienne en cours de travail.

L'existence de la cicatrice utérine expose à un risque de rupture en cours de travail dans environ 1% des cas (entre 0.2 et 0.8% si le travail est spontané). Cette rupture utérine peut entrainer une hémorragie maternelle et beaucoup plus rarement un risque vital pour le bébé (1 cas sur 1000)

1 à 2% de ruptures utérines lors d'une TAVBAC si délai <6mois entre la césarienne antérieure et le début d'une nouvelle grossesse. Actuellement, il n'existe pas de recommandation sur le délai entre la réalisation d'une césarienne et le début d'une nouvelle grossesse.

RPC CNGOF 2012 : le risque de rupture utérine augmente avec la réduction de l'intervalle entre l'accouchement par césarienne et la date de conception de la grossesse suivante (NP3). Une TVBAC peut être autorisée même en cas de délai inférieur à 6 mois, si les conditions obstétricales sont favorables (accord professionnel).

1.1.2 Césarienne de principe

Avantages et inconvénients de la césarienne programmée après une première césarienne :

La réalisation d'une nouvelle césarienne programmée évite le risque de césarienne en urgence et élimine presque totalement le risque de rupture utérine. Mais elle provoque une 2e cicatrice utérine et entraîne, de ce fait, une augmentation du risque d'anomalies d'insertion placentaire et de difficultés opératoires en cas de grossesses ultérieures. Les taux d'infection, de transfusion sanguine, de phlébite, d'hystérectomie sont plus élevés lors d'un accouchement par césarienne.

Points clés

- ➔ **La morbi-mortalité materno-foetale est faible. => tenir compte du souhait maternel , de l'indication de la césarienne précédente, du pronostic global de la voie basse dans le cas individuel et des projets de grossesse ultérieure**
- ➔ .
- ➔ Toute patiente ayant un utérus cicatriciel doit avoir un entretien avec un obstétricien pour recueillir un consentement éclairé.
- ➔ Le choix du mode d'accouchement est déterminé conjointement par la patiente et par son médecin accoucheur.
- ➔ L'information doit être tracée dans le dossier et datée. Vérifier le CRO : type d'hystérotomie et indication de la césarienne.
- ➔ - Cette décision peut être ré-évaluée à l'entrée en travail, en cas d'éléments nouveaux

En cas d'utérus cicatriciel en cours de travail, la sage-femme doit demander à l'obstétricien de venir si :

- ✓ Anomalies du RCF (un des 1ers signes de rupture utérine est l'ARCF avec ralentissements
- ✓ Métrorragies
- ✓ Remontée de la présentation en cours de travail
- ✓ Douleur inhabituelle, nécessité d'une réinjection inhabituelle dans la péridurale d'une patiente jusque là correctement soulagée.

1.2 INTERPRETATION ERCF :

L'objectif de la surveillance fœtale pendant le travail est de prévenir l'asphyxie fœtale per partum.

L'analyse de l'ERCF repose sur 5 critères :

- ✓ La fréquence cardiaque de base, qui doit être corrélée à l'âge gestationnel
- ✓ La variabilité
- ✓ La réactivité (présence ou non d'accélérations ?)
- ✓ La présence ou non de ralentissements (type : variable/précoce/tardif)
- ✓ La dynamique utérine : L'analyse de l'ERCF pendant le travail se fait toujours en fonction des contractions utérines.

L'ERCF est toujours à interpréter en fonction du **contexte** :

- ✓ **Age gestationnel**
- ✓ **Poids fœtal estimé** (RCIU, PAG, macrosome, malformations…)
- ✓ **Pathologie maternelle** :
  - Couleur du liquide amniotique (différente de celle à l'admission ?)
  - Utilisation d'oxytocine ? (Dose, durée…)
  - Hyperthermie maternelle ?
  - Hyperstimulation utérine, Hémorragie ?
  - Analgésie péridurale en cours ?
  - Progression de la dilatation ?
  - Présence d'une ou plusieurs cicatrices utérines ?

Dans le cadre d'une hypoxie aigue :

- ✓ **Exclure** procidence /HRP/Rupture utérine qui imposent une extraction immédiate
- ✓ **Corriger** l'hypotension maternelle (APD), hypercinésie de fréquence des CU (arrêt oxytocine ou tocolyse)
- ✓ **Compter** : règle des 3/6/9/12/15 minutes
  - 0-3 min : Ralentissement prolongé (>3min) sans signe de récupération = appel équipe.
  - 3-6 min : Recherche étiologie : HRP, Procidence, Rupture utérine. Et agir en conséquence : arrêt oxytocine, éphédrine…
  - 6-9 min : Préparation pour une naissance immédiate
  - 9-12 min : Si toujours pas de signe de récupération, passage au BO pour césarienne ou extraction voie basse
  - 12-15 min : Naissance

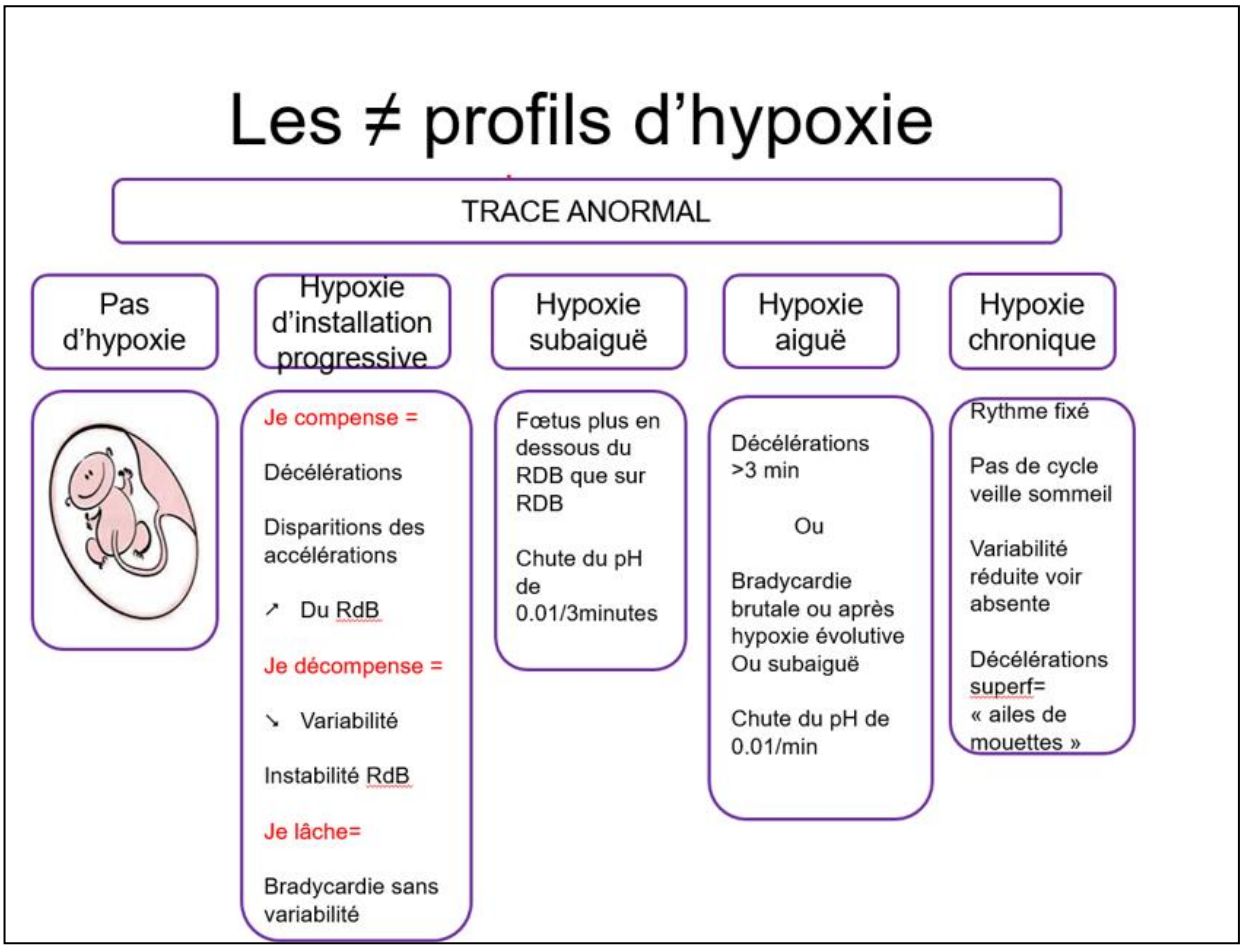
CLASSIFICATION CNGOF 2007 :

ERCF Normal	Rythme de base : 110-160bpm ET variabilité : 6-25 bpm ET Réactivité : présence d'accélérations ET Ralentissements : absence	
Anomalies à risque faible d'acidose	-Tachycardie modérée (160-180 bpm) -Bradycardie modérée (100-110 bpm) -Variabilité minime (>5bpm) pendant moins de 40 minutes -Ralentissements précoces -Ralentissements prolongés <3minutes -Ralentissements variables typiques non sévères	Surveillance cardiotocographique en continu
Anomalies à risque moyen d'acidose	-Tachycardie>180 bpm isolée -Bradycardie entre 90-100bpm isolée -Variabilité minime (<5bpm) entre 40 et 60 minutes -ralentissements variables atypiques et/ou sévères -Ralentissements tardifs non répétés -Ralentissements prolongés >3minutes	Surveillance cardiotocographique en continu Action correctrices Si persistance : lactates au scalp
Anomalies à risque important d'acidose	-Variabilité minime (<5bpm) pendant plus de 60 minutes -Rythme sinusoidal vrai pendant plus de 10 minutes -Ralentissements tardifs répétés ou Ralentissements prolongés répétés ou Ralentissments variables répétés ET absence d'accélérations ou Variabilité minime (<5bpm)	Lactates si ne retardent pas l'extraction Décision d'extraction rapide
Anomalies à risque majeur d'acidose	-Bradycardie persitante et variabilité absente -Bradycardie sévère subite (<90bpm) -Tachycardie progressive, variabilité minime, perte des accélérations puis ralentissements (séquence de Hon) -Ralentissements tardifs répétés et variabilité absente -Ralentissements variables répétés et variabilité absente -Ralentissements prolongés répétés et variabilité absente	Décision d'extraction immédiate 11

NB : l'association de plusieurs éléments est un facteur aggravant et doit faire réévaluer le risque d'acidose

RDB (en bpm)	110 à 160 bpm pdt >10 min = normal > 160 bpm pdt > 10 min = tachycardie < 110 bpm pdt > 10 min = bradycardie ⚠ **Bradycardie < 90 bpm**
Variabilité	6-25 bpm = normal ≤ 5 bpm ⚠ variabilité **minime > 60 min** ⚠⚠ variabilité **Absente = indétectable** > 25 bpm = saltatoire
Accélérations	↗ RDB > 15 bpm > 15 secondes et < 10 min
Ralentissements (R)	↘ RDB 15 bpm > 15 secondes Prolongés > 2 min et < 10 min ⚠ **RP > 3 min** Pente ≥30 secondes. Précoces ? ou tardifs ? Pente < 30 secondes = variable typique ou atypique Durée < ou > 60'' ? Amplitude < ou ≥ 60 bpm ? Si >60 secondes et Amplitude ≥ 60 bpm**= RV sévères** Répétés : plus d'une CU/2
Synthèse du tracé +/-Type d'hypoxie	✓ Normal ✓ Faible risque d'acidose ✓ Risque d'acidose ✓ Risque important d'acidose ✓ Risque majeur d'acidose
CU	3 à 5 /10 min = normal Hypercinésie de fréquence ou d'intensité Hypertonie = **Hyperstimulation utérine**

C.Ferrand 2023



- Lors des ERCF avec pouls maternel imprimé sur le même tracé, il existe un risque de confusion rythme cardiaque fœtal/rythme cardiaque maternel au moment des efforts expulsifs dans 1/3 des cas

1.3 Pré éclampsie sévère

Le protocole « Prise en charge de la prééclampsie sévère » du RSN a été mis à jour, à partir des RPC communes CNGOF-SFAR de 2021, en commission des anesthésistes.

Il a été relu par la commission des obstétriciens et est associé à deux fiches pratiques pour faciliter son utilisation.

Ces documents sont téléchargeables sur le site du RSN : https://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?commune=4585

- ✓ La présence d'une HTA sévère (≥16/11) et d'un signe clinique de pré éclampsie (barre épigastrique, douleur abdominale épigastrique et / ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante et intense, douleur thoracique, dyspnée, œdème aigu du poumon, signes neurologiques : céphalées sévères ne répondant pas au traitement, troubles visuels ou auditifs persistants, réflexes

ostéotendineux vifs, diffusés et polycinétiques. …) doit faire évoquer un diagnostic de PE jusqu'à preuve du contraire. Et ce, même avant la réception des résultats du bilan biologique.

- ✓ En cas de pré éclampsie sévère, l'obstétricien et le médecin anesthésiste doivent se rendre sur place pour une évaluation de la patiente. Il n'est pas possible de réaliser une évaluation uniquement par téléphone. Une concertation MAR et GO est indispensable.
- ✓ La pré éclampsie sévère avec signes de gravité reste un motif de transfert vers un établissement avec possibilité de réanimation maternelle et néonatale (type 3 le plus souvent mais non exclusif). Il est important de tenir compte de l'âge gestationnel : type 3 exclusif <32SA.

1.4 Diagnostic d'une hémorragie lors d'une IVG

Le seuil de diagnostic d'hémorragie lors d'une IVG est différent de celui d'une HPP (hémorragie du post partum).

Il se situe plutôt à 250/300cc et non à 500 cc.

Dans les situations à risques « prévisibles », veiller à la sécurisation du lieu de réalisation de l'IVG, qui doit disposer d'une compétence chirurgicale mobilisable en cas d'urgence. L'absence de compétence chirurgicale peut être un motif de transfert.

En cas d'instabilité hémodynamique, il est nécessaire de se poser la question de l'hystérectomie d'hémostase sur place versus un transfert pour embolisation.

2 Néonatalogie

2.1 Réanimation néonatale

Algorithme de la réanimation néonatale

Algorithme prise en charge RNN-RSN mai

Erreurs/ Ecarts de bonne pratique dans la prise en charge de la réanimation du nouveau-né en salle de naissance retrouvés dans les dossiers 2023 :

- ✓ Début du MCE trop tardif. En cas de nné en état de mort apparente (FC <60), il doit être initié le plus tôt possible après l'étape de ventilation. Si FC<60 le MCE doit être initié à M1 (après au moins 30 secondes de ventilation efficace).
- ✓ Lors du MCE, la FC ne doit pas être évaluée pendant le MCE mais au moment d'un bref arrêt pour apprécier l'état du nouveau-né
- ✓ Intubation initiée trop tardivement (M10) : s'il existe une indication à l'intubation dès la naissance, celle-ci doit être réalisée idéalement avant la fin de M2
- ✓ L'administration de l'adrénaline doit se faire préférentiellement en intraveineux (IV). La décision de poser le KTVO doit être prise avant M4. En cas d'indication à l'injection d'adrénaline, dans l'attente de la pose du KTVO, il est envisageable d'administrer la première dose d'adrénaline en intra trachéal (IT). Mais cette voie d'administration ne fait partie des recommandations actuelles. L'utilisation de la voie intra trachéale ne doit pas retarder la pose du KTVO. Priorité absolue au KTVO pour l'administration IV de l'adrénaline.
- ✓ Il faut connaitre la dilution de l'adrénaline : 1ml dans 9ml de NaCl. Et parler en mg ou ml, mais surtout ne pas mélanger les unités.
    - Adrénaline pure : 1ml=1mg=1000 ȣ
    - Adrénaline diluée au 10ème (1ml adré +9ml NaCl) : 1ml = 0.1mg= 100 ȣ
    - Adrénaline diluée au 10ème : Voie IV : 0.1 à 0.3 ml/Kg. A renouveler toutes les 3 à 5 min si besoin. [Voie IT 0.5 à 1 ml/Kg. Ne pas dépasser 3ml]
- ✓ La réanimation néonatale en salle de naissance doit être tracée sur le dossier médical de manière la plus détaillée possible. Une feuille de traçabilité, disponible sur le site du RSN, est proposée.

Feuille 1 PEC réa NN sept 2021_V3.pdf

2.2 CONDUITE A TENIR DEVANT UNE NAISSANCE DANS UN CONTEXTE D'ASPHYXIE PERINATALE

L'hypoxémie est la diminution de la quantité d'O_2 dans le sang, l'hypoxie est la diminution de la quantité d'O_2 dans les tissus

L'asphyxie périnatale : Hypoxie + acidose métabolique. Anomalie des échanges materno-fœtaux aboutissant à une acidose métabolique. Si le métabolisme anaérobie dans les tissus est dépassé → défaillance cérébrale et cardiaque pour le nné. Il est important, pour le GO et la SF, de repérer les situations à risque d'asphyxie périnatale à l'origine de l'hypoxie ischémique du cerveau du nouveau-né.

Encéphalopathie anoxo-ischémique (EAI) : altération sévère des échanges gazeux utéro placentaires entrainant un manque d'oxygène pour le fœtus. L'EAI nécessite 4 critères essentiels :

- ✓ Acidose métabolique à la naissance
- ✓ Encéphalopathie modérée à sévère de début néonatal
- ✓ Paralysie cérébrale spastique ou dyskinétique
- ✓ Exclusion d'autres étiologies identifiables : infection, malformation congénitale, maladie métabolique …

L'EAI survient en France, chez environ 1 à 2 nouveau-nés pour 1000 naissances vivantes. Une réduction de la température centrale à 34°C (+/- 0.5°C) améliore le pronostic neurodéveloppemental de ces nouveau-nés par un effet neuroprotecteur.

Acidose métabolique :

Association d'un pH<7.15 **ET** de lactates >8mmol/L et/ou BE≥10 mmol/L au cordon ou avant H1

NB : Il est essentiel de distinguer :

*L'**acidose respiratoire** : pH faible, alors que les lactates et/ou le BE sont normaux*

*De **l'acidose métabolique** : pH faible associé à des lactates et/ou un BE élevé*

La prise en charge initiale d'un enfant né en contexte d'asphyxie périnatale et présentant une mauvaise adaptation à la naissance consiste à :

1) Assurer la stabilisation cardio-respiratoire→Pratiquer la réanimation néonatale

2) Pratiquer une évaluation neurologique précoce et répétée → Examen clinique avec évaluation neurologique, avant la 1ere heure de vie et à répéter entre H1 et H2, avec la classification simplifiée de **Sarnat** (voir tableau). Cet examen doit être noté dans le dossier.

Le score de Sarnat est utilisé pour évaluer la gravité de l'encéphalopathie anoxo ischémique.

La réalisation d'un gaz du sang avec dosage de lactates et la mesure de la glycémie se pratiquent au cordon, puis à H1 (possible à H2 si bonne récupération clinique). Les prélèvements bactériologiques (hémocultures, culture du placenta) et la NFS sont réalisés selon le contexte. L'examen anatomopathologique du placenta est à demander.

3) Orientation du nouveau-né en cas de naissance dans un contexte d'asphyxie périnatale : Mettre en place des mesures de neuroprotection -->Hypothermie contrôlée si indication

Une classification de l'encéphalopathie anoxo-ischémique en trois stades a été proposée par **Sarnat** et Sarnat en 1976.

- **Grade 1** ou encéphalopathie **mineure** : vigilance conservée, hyperexcitabilité transitoire, hypotonie axiale modérée, pas de convulsion ; résolution complète en moins de 48 h.
- **Grade 2** ou encéphalopathie **modérée** : vigilance altérée, mouvements anormaux, troubles du tonus axial et périphérique, convulsions fréquentes.
- **Grade 3** ou encéphalopathie **sévère** : état comateux, altération des réflexes du tronc, état de mal convulsif possible.

Le score de Sarnat a été simplifié en 1979 par Thompson et Amiel-Tison.

Le score de Thompson est plus utilisé pour les nouveau-nés prématurés ou à risque d'hémorragies intraventriculaires (HIV). Il permet de classer l'état neurologique en niveaux de gravité, allant de 1 (moins sévère) à 3 (plus sévère).

Ces 2 scores (Sarnat et Thompson), sont des outils cliniques pour évaluer l'état neurologique du nouveau-né. Ils permettent de classer l'état neurologique en niveaux de gravité.

Ces scores de Sarnat et/ou de Thompson, sont à coter avant H1, entre H1 et H2, à H3 pour participer à l'indication d'une mise en hypothermie du nouveau-né. Pour rappel, la mise en hypothermie doit se faire avant H6, avec une température cible de 34°C, chez les nouveau-nés ≥ 36SA et poids de naissance ≥1800g.

Indications à l'hypothermie contrôlée : Se fait par l'évaluation de 3 critères successifs [A, B, C] :

❖ **CRITERE A** : Nouveau-né ≥36SA et poids de naissance >1800g, né dans un contexte d'asphyxie périnatale + au moins 1 des éléments suivants :

✓ Acidose : pH≤ 7 au cordon ou avant H1
✓ BE ≥ 16 mmol/L ou lactates≥ 11mmol/L, au cordon ou avant H1.
✓ En l'absence de gaz du sang, ou en cas de pH compris entre 7.01 et 7.15 [ou BE entre 10 et 15.9 mmol/L], l'enfant doit avoir un contexte d'asphyxie périnatale (ex DDPNI, procidence du cordon, ARCF sévères …) **ET** présence de l'un des 2 critères suivants à **M10** :

- Apgar ≤5
- Réanimation respiratoire toujours nécessaire : intubation ou ventilation au masque

- **CRITERE B** : Examen clinique neurologique à H1. Encéphalopathie modérée à sévère, évaluée par le score de Sarnat modifié coté grade 2 ou grade 3 (Voir tableau plus bas)

- **CRITERE C** : NE DOIT PAS RETARDER LA MISE EN HYPOTHERMIE. Au moins 30 min d'EEG (8 électrodes) et/ou un aEEG avec anomalies, réalisé après H1(et à plus de 30 min d'une injection de phénobarbital)

En pratique, si critères A et B présents chez un nouveau-né stabilisé, éviter l'hyperthermie (éteindre la lampe chauffante), appeler le service de réanimation néonatale référent pour avis. Ce dernier critère (critère C) ne doit pas retarder la mise en hypothermie. C'est le centre référent qui posera ou non l'indication de l'hypothermie contrôlée, après évaluation clinique, biologique et électrophysiologique.

Points clés

- La prise en charge adaptée et précoce de l'encéphalopathie anoxo ischémique (EAI) diminue la morbidité et la mortalité néonatale
- L'hypothermie contrôlée doit être mise en place le plus précocement possible lorsqu'elle est indiquée, dès H2 (et avant H6). Sa durée est de 72H.
- En région Pays de Loire, 3 services de réanimation néonatale référents réalisent l'hypothermie : les CHU d'Angers et Nantes, CH Le Mans. Il faut contacter le centre référent du lieu de naissance, pour poser ou non l'indication de mise en hypothermie contrôlée.

Score de Sarnat Entourer les items correspondant à l'état clinique du nouveau-né. La **présence d'un seul item** du grade le plus élevé confirme ce grade				
Score à H1	Examen normal	Sarnat grade 1	Sarnat grade 2	Sarnat grade 3
Conscience	Vigilance conservée. Quand ouvre les yeux : regarde, fixe, suit	Vigilance conservée. Quand ouvre les yeux : regarde, fixe, suit	Nouveau-né peu présent. Si ouvre les yeux : regard dans le vague	Comateux
Activité motrice globale	Harmonieuse variée	Hyperexcitabilité	Pauvre ou agitation Mouvements stéréotypés : boxe, pédalage	Décérébré Enroulement des membres supérieurs
Posture	Flexion des 4 membres	Flexion des 4 membres	Extension des membres Flexion distale	Décérébrée Enroulement des membres supérieurs
Tonus axial	Normale ou hypotonie modérée	Hypotonie modérée	Hypotonie franche	Flaccide
Réflexes **Succion** **Moro**	 Efficace Complet	 Efficace Réponse partielle ou seuil bas	 Faible ou mâchonnements sans aspiration Incomplet	 Absente Absent
SN autonome **Pupille** **FC** **Respiration**	 Normales, réactives Normale Normale	 Normales, réactives Normale Hyperventilation	 Myosis (pupilles rétractées) Lente Périodique ou hyperventilation	 Mydriase aréactive Immuable Apnée ou gasps
Minute de vie	**M30**	**M60**	**M120**	**M180**
Score de Sarnat				

Score défini par l'élément clinique ayant le grade le plus élevé

Score de Thompson				
Signes	0	1	2	3
Tonus	Normal	Hypertonie segmentaire	Hypotonie globale	Flasque
Conscience	Normal	Hypervigilance, regard fixe	Léthargie	Coma
Convulsions cliniques	Aucune	< 3/ jour	> 2/ jour	
Posture	Normale	Pouces adductus, pédalage	Flexion marquée des membres supérieurs	Décérébration
Moro	Normal	Partiel	Absent	
Grasping	Normal	Faible	Absent	
Succion	Normale	Faible	Absentes +/- mâchonnement	
Respiration	Normale	Hyperventilation	Apnées brèves	Apnées
Fontanelle	Normotendue	Tendues, non bombée	Bombée	

ASPHYXIE PERINATALE et HYPOTHERMIE CONTROLEE :

Arbre décisionnel en SDN

CONTEXTE ASPHYXIE PERINATALE

- Évènement périnatal aigu→ contexte d'asphyxie périnatale (rupture utérine, procidence du cordon, HRP, état de choc maternel, accouchement dystocique.)
- Anomalies du RCF à risque important ou majeur d'acidose

↓

AG ≥ 36SA et PN > 1800g et ≤ H6

↓

ET au moins UN des critères

- pH ≤ 7 OU lactates ≥ 11mmol/l OU base déficit ≥ 16mmmol/l avant H1
  OU
- APGAR ≤ 5 à M10
  OU
- Nécessité d'une intubation ou ventilation au masque poursuivie après M10

↓

Signes cliniques d'encéphalopathie ? (Coter le score de Sarnat / Voir tableau)

Si SARNAT grade 2 ou 3

↓

- Envisager l'hypothermie (pour être efficace, doit être débutée avant H6)
- Appel du réanimateur de néonatalogie au **plus tôt** (appeler avant H3)
- Dans l'attente de l'avis du service de réanimation, monitorer la température cutanée et maintenir une T° entre 35 et 36°C
- Prise en charge
  - Respiratoire : NE PAS EXTUBER, limiter l'hyperoxie et l'hypocapnie
  - Surveillance glycémique
  - Examen neurologique répété et noté : Score Sarnat (ou Thompson si indiqué)
  - Pas d'anticonvulsivant systématique
  - Envoyer le placenta en anatomopathologie
  - Récupérer le RCF

3 Refus de soins

La loi du 4 mars 2002 impose au professionnel de santé de respecter le droit du patient à refuser un soin ou un traitement hormis si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté (coma) et que dans ce cas, l'urgence ou l'impossibilité ne permette pas de consulter la personne de confiance ou à défaut la famille.

Le praticien a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Dans ce cas, il sera nécessaire de réitérer les explications, de multiplier les sources d'information ainsi que les personnes qui informent, en s'aidant si besoin de la personne de confiance ou un tiers désigné par la patiente, un interprète si barrière de la langue.

L'ensemble des échanges doit être tracé de manière précise et factuelle, dans le dossier médical.

Dans les situations où les risques sont prévisibles, il faut essayer d'anticiper et de donner l'information en amont de l'urgence vitale, afin d'éviter que des décisions importantes ne soient prises qu'en situation critique.

Dans le cas d'un mineur, le consentement des personnes titulaires de l'autorité parentale est nécessaire (sauf contraception, IVG). Cependant, le médecin ou la sage-femme est autorisé à passer outre ce refus et prendre l'initiative des soins si le refus des parents peut entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur.

En obstétrique, la question de la césarienne pour sauvetage fœtal se pose ; le fœtus, n'a pas dans le droit français d'existence légale avant sa naissance ; une intervention chirurgicale ou tout autre acte non consenti ne peut être effectué sous la contrainte ou sans le consentement de la mère. Le professionnel ne pourra pas être poursuivi pénalement pour non-assistance à personne en péril.

Si la césarienne est nécessaire pour sauvetage maternel et que le praticien a passé outre le consentement de la patiente, il pourra être poursuivi s'il y a une plainte de la patiente ou de son entourage mais la jurisprudence a pour le moment toujours considéré que le praticien peut passer outre le consentement de la personne si « l'acte est indispensable à sa survie et proportionné à son état ».

Ce droit à consentir aux soins doit néanmoins se conjuguer avec la liberté d'exercice du professionnel de santé ; une sage-femme ou un médecin peut aussi refuser des soins à une parturiente pour des raisons professionnelles ou personnelles, à condition que l'on ne soit pas dans une situation d'urgence, et que la décision n'implique pas une dégradation de la santé de la mère et/ou de l'enfant. Le professionnel doit cependant s'assurer de la continuité des soins.

En revanche, les situations de refus de soins discriminatoires sont sanctionnées.

4 Travail en équipe

- ✓ Passer outre une décision prise en staff pluriprofessionnel et tracée sans le dossier médical de la patiente, expose le professionnel à des risques médico-légaux
- ✓ Dans les structures où la sage-femme est seule en salle de naissance avec l'auxiliaire de puériculture, la sage-femme de renfort qui est de garde dans les « étages », doit être appelée pour toutes les situations d'urgence ou en cas de suractivité en salle de naissance. La question de l'appel du GO en renfort en cas de suractivité, sans pathologie surajoutée, doit être abordée en équipe, lors des réunions de service par exemple.
- ✓ Au moment de l'expulsion, la MIU à 20/21SA est une compétence médecin, pas une compétence SF. L'obstétricien de garde doit être systématiquement appelé.
- ✓ Le GO qui prend une garde en salle de naissance, doit prendre connaissance de l'activité en cours au moment de sa prise de garde.
- ✓ Même en cas de travail physiologique, la SF doit appeler de médecin à partir de 2H00 de dilatation complète. La décision de poursuivre avec une troisième heure d'expectative, doit être prise avec l'accord du médecin de garde.
- ✓ Une fois l'information claire, loyale et appropriée donnée à la patiente, l'équipe doit s'assurer qu'elle a bien été comprise. Recours possible à un interprète…
- ✓ En cas de conflit avec la patiente, lié à une barrière culturelle, il est parfois possible d'avoir recours à des soignants anthropologues pour communiquer avec des codes, des concepts compris par la patiente.