

Parcours en cas de menace d'accouchement prématuré en Lorraine

EXTRAIT DU MÉMOIRE DU MASTER PMP 2014-2016

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prématurité comme une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, mais après 22 SA ou au moins 500 g de poids du fœtus ⁽¹⁾. Elle se divise en trois stades : la prématurité moyenne (entre la 32^e et la 36^e SA révolue), la grande prématurité (entre la 28^e et la 32^e SA) et la très grande prématurité (avant 28 SA). La menace d'accouchement prématuré (MAP) est une entrée en travail précoce, avant 37 SA. Phénomène planétaire, la prématurité concernait 5 à 8 % des naissances vivantes en Europe en 2010. En France, ce taux était de 7,4 % avec une augmentation de près de 15 % en quinze ans ^(2,3).

Dans 40 % des cas, la prématurité est induite, suite à une décision de l'équipe obstétricale et pédiatrique d'interrompre la grossesse (pour sauver la vie du nouveau-né ou de la mère). Et dans 60 % des situations, elle est spontanée ⁽⁴⁾. Les facteurs de risque identifiés sont entre autres : l'élévation de l'âge maternel à la naissance, l'augmentation du nombre de grossesses multiples due à la procréation médicalement assistée, la situation socio-économique défavorable des femmes, la situation professionnelle (travaux durs, manque de repos, stress). On note également l'augmentation des naissances du fait de la reprise de la natalité observée en France. Et les complications des naissances prématurées sont la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Selon l'OMS trois quarts de ces décès pourraient être évités ⁽¹⁾.

Après avoir passé en revue l'encadrement réglementaire autour de la naissance,

une étude sera faite en vue d'identifier le parcours des patientes en Lorraine ¹ en cas de MAP. Enfin, quelques recommandations seront émises avant de conclure.

CONTEXTE

→ Encadrement réglementaire et régionalisation des soins en périnatalité

Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité autour de la naissance, la France a engagé différents plans de périnatalité de 1970 à nos jours ^(5,6). À l'instar d'autres pays en Europe et en Amérique, elle a élaboré une politique de régionalisation des soins. Son but : offrir une meilleure prise en charge des patients en orientant ces derniers vers des structures ayant des capacités optimales pour une pathologie donnée. Cette orientation est faite selon des parcours prédéterminés. Qu'est-ce qu'un parcours ?

« *Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné... Il nécessite l'action coordonnée des acteurs...* » ; « *Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcouru par un sujet dans un système sanitaire et social organisé dans un temps et un espace donnés* » ⁽⁷⁾.

En périnatalité, la régionalisation amène à l'orientation des femmes enceintes vers les maternités adaptées au niveau de risque pour l'enfant à naître ² ; lesquels ont été définis par le décret périnatalité de 1998 ⁽⁸⁾.

Car, même si le déterminant principal de la mortalité des prématurés est l'âge gestationnel, celui de l'amélioration de leur survie est l'organisation des soins en périnatalité. En effet, bien que la prématurité

soit un problème planétaire, les niveaux de prise en charge et de survie diffèrent selon les pays ⁽⁹⁾ ; et dans un même pays, il existe des disparités selon les régions ⁽⁴⁾. Naître dans une structure de type 3 a été reconnu comme facteur favorable à la survie des prématurés. En France, la Lorraine est l'une des régions où le taux de naissances hors de la structure adéquate est élevé pour les grands prématurés. En effet, en 2013, on observe un grand nombre de naissances des grands prématurés hors de la maternité de type 3 ³.

→ La Lorraine

Pour une population avoisinant 2 350 000 habitants ⁽¹⁰⁾, la Lorraine dispose de 20 maternités dont 1 de type 3. En 2013, selon les données du réseau périnatal, elle a enregistré 25 484 naissances. Le transfert n'était pas courant vers la structure de type avant 26 SA. Dans ses recommandations en 2012, le réseau encourage le transfert dès 24 SA. En comparant les naissances par région, selon les données de l'enquête EPIPAGE 2, il ressortait que 65 % de grands prématurés naissaient en type 3 dans cette région contre une moyenne nationale de 85 %.

→ La coordination des soins : le Réseau Périnatal Lorrain

Le Réseau Périnatal Lorrain (RPL) ⁽⁸⁾ regroupe toutes les maternités sur la

1. La région Lorraine, est une ancienne collectivité territoriale du nord-est de la France ayant existé de 1982 à 2015. Le 1^{er} janvier 2016, elle a fusionné avec les régions Alsace et Champagne-Ardenne pour former la région dénommée Grand Est.

2. Quel que soit le type de maternité, « celle-ci doit organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique » (Décrets 1998).

3. D'après les données du réseau périnatal.

région. En accord avec les directives de l'OMS, de la Haute Autorité de santé (HAS) et afin d'accomplir sa mission, il a émis diverses recommandations ⁽¹¹⁾. Et pour en évaluer l'effectivité, il a élaboré des outils de suivi et de traçabilité des différents transferts. Car, la coordination par le réseau se fait autour de toutes les maternités. Des types 1 vers le type 2 (A et B ⁴), et des types 2 vers le type 3. La maternité de type 3 en Lorraine est celle du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy (CHRU) baptisée maternité Adolphe Pinard.

→ Pourquoi s'intéresser à ce sujet ?

La médecine néonatale a fait des progrès considérables dans la prise en charge des prématurés dans les pays développés. En France, la politique de régionalisation des soins et de sécurité à la naissance a permis une nette amélioration de la survie des enfants immatures. Cette amélioration est plus marquée chez les grands prématurés nés dans une maternité de type 3 ⁽⁴⁾.

Sans renier les problèmes relatifs à une naissance prématurée, il a été démontré que le pronostic était également lié à « la volonté de l'équipe obstétricale de tout mettre en œuvre pour une prise en charge de l'enfant » ^(12,13). Or, on notait une absence de consensus sur les attitudes à adopter au sein des équipes ⁽¹⁴⁾.

En somme : l'enquête EPIPAGE 2 a montré que : « environ 85 % des prématurés naissent désormais dans des maternités de type 3 en France et la survie s'améliore chez les enfants nés dans ces structures ». Or, en Lorraine, seuls 65 % des grands prématurés naissent au CHRU de Nancy. Puisqu'« il est reconnu que les chances de survie des grands prématurés sont meilleures pour ceux qui naissent dans un centre péri-

natal de type 3 », y compris la survie sans morbidité majeure ⁽¹²⁾, le transfert in utero vers la structure adaptée en cas de MAP est salubre. Suite à cette réflexion nous avons posé la problématique suivante :

Comment améliorer le taux des naissances des grands prématurés au sein de la maternité de type 3 en Lorraine ?

Autrement dit : *Comment augmenter le ratio d'enfants "inborn" ⁵ au sein de cette structure ?* Pour répondre à cette interrogation, une étude a été menée à la maternité du CHRU de Nancy. L'objectif était de décrire le parcours des patientes reçues dans ladite structure suite à un transfert in utero pour MAP, qu'il y ait eu accouchement ou non, dans la période de janvier à décembre 2015.

MÉTHODOLOGIE ENQUÊTE ET RÉSULTATS

L'étude a été faite par examen des dossiers des patientes admises en 2015 pour MAP. Tous les dossiers éligibles sur cette période d'une année civile ont été inclus. Le recueil a été fait sur une grille de variables à la fois qualitatives et quantitatives. Les données étaient anonymes. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi info v3.5.4.

Sur les 19 maternités visées, 18 avaient transféré des patientes à la maternité de type 3, soit un taux de collaboration de 94,74 %. Au total 83 % (n = 126) des dossiers ont été analysés. L'âge des patientes variait de 14 à 43 ans ; 50 % étaient âgées de plus de 30 ans. L'âge gestationnel variait de 23 SA à 35 SA. On notait peu de transferts avant 26 SA (figure 1).

Les patientes étaient prises en charge par les structures de ville et les maternités. Le parcours des patientes dans cette étude se faisait selon la gradation des soins recommandée : les structures les plus éloignées transféraient prioritairement vers le type 2 le plus proche ; les structures de type 1 et les libéraux (médecins, sages-femmes) proches de la maternité de type 3 transféraient plus directement vers le type 3 quel que soit le terme de la grossesse. 100 % des patientes étaient transportées par le système sanitaire ⁽¹⁵⁾ et toutes étaient attendues par la maternité du CHRU.

La figure 2 page suivante résume les possibilités de parcours d'une patiente.

DISCUSSION ET PRÉCONISATIONS

Le parcours des patientes en cas de MAP décrit un processus. Il concerne toutes les structures de soin et tous les professionnels de la périnatalité. Sur la région, il englobe les quatre départements de la Lorraine. Il répond à la politique de régionalisation.

Peu de patientes ont été transférées dans la période de la très grande prématurité avant 26 SA. En effet, on peut penser qu'il y ait des incertitudes pour les professionnels par rapport à l'attitude à adopter. En France, il n'y a quasiment pas de réanimation avant 24 SA ⁽¹²⁾. Au-delà, entre 24 et 25 SA + 6 j, on parle de "zone grise" ⁽¹⁶⁾.

4. Classification selon le réseau périnatal.

5. Nés au sein de la maternité correspondant à l'âge gestationnel.

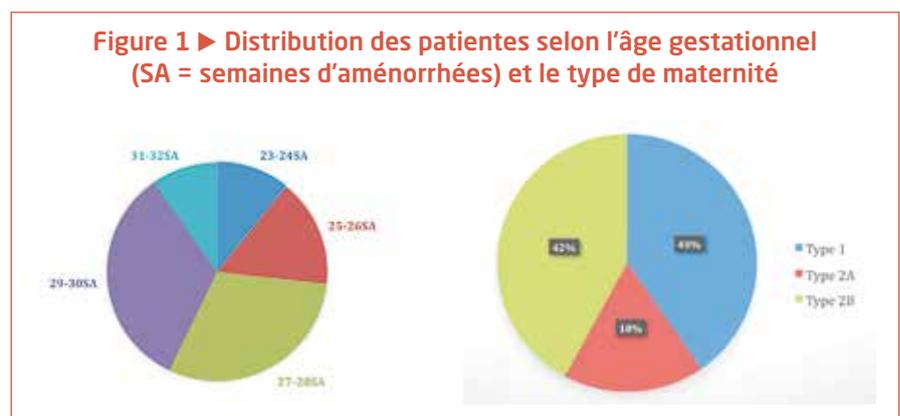
6. « Incertitude majeure sur le pronostic, et par conséquent aussi sur la détermination de la « bonne » décision à la naissance (entreprendre ou non une réanimation/soins intensifs) ».

LL

Environ 85 % des prématurés naissent désormais dans des maternités de type 3 en France et la survie s'améliore chez les enfants nés dans ces structures.

77

Figure 1 ► Distribution des patientes selon l'âge gestationnel (SA = semaines d'aménorrhées) et le type de maternité



Récemment, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a indiqué : « une définition de la zone grise fondée uniquement sur le terme est insuffisante ». Car, d'autres facteurs influencent le pronostic comme le poids de naissance, la naissance inborn, le choix de l'équipe sur l'intensité de la prise en charge périnatale, etc. ⁽¹²⁾.

Aussi, la décision de transférer in utero serait-elle liée à l'intention de réanimer le nouveau-né. Pour répondre à notre problématique, nous proposerons quelques actions envers les professionnels et les patientes.

◇ ACTION 1 > Amener les professionnels de toutes les maternités à élaborer des protocoles communs

Mener des concertations entre toutes les maternités avec l'équipe de la maternité du CHRU de Nancy afin de redéfinir les critères qui doivent amener à transférer. Nous suggérons de dissocier le transfert à la décision de prise en charge à la naissance. Ainsi pourrait-on envisager de transférer si possible à partir de 23 SA, quel que soit le projet de prise en charge du nouveau-né. Cela permettrait de mieux évaluer la situation sur place et proposer les soins palliatifs

en cas de nécessité. Un protocole spécial sera discuté et élaboré conjointement avec l'avis de tous les praticiens : médecins gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices et sages-femmes. Nous initierons son élaboration au cours d'une réunion, mais il pourra être alimenté et recorrigé par voie électronique. Un éventail de situations possibles sera discuté de façon plus ou moins exhaustive. Il permettra la classification des différents cas cliniques éventuels : au cours de ces discussions, la prise en charge sera détaillée au cas par cas selon les facteurs pronostiques ⁽¹²⁾. Ce protocole sera ensuite présenté aux professionnels lors d'une rencontre.

◇ ACTION 2 > Évaluer l'utilisation des recommandations

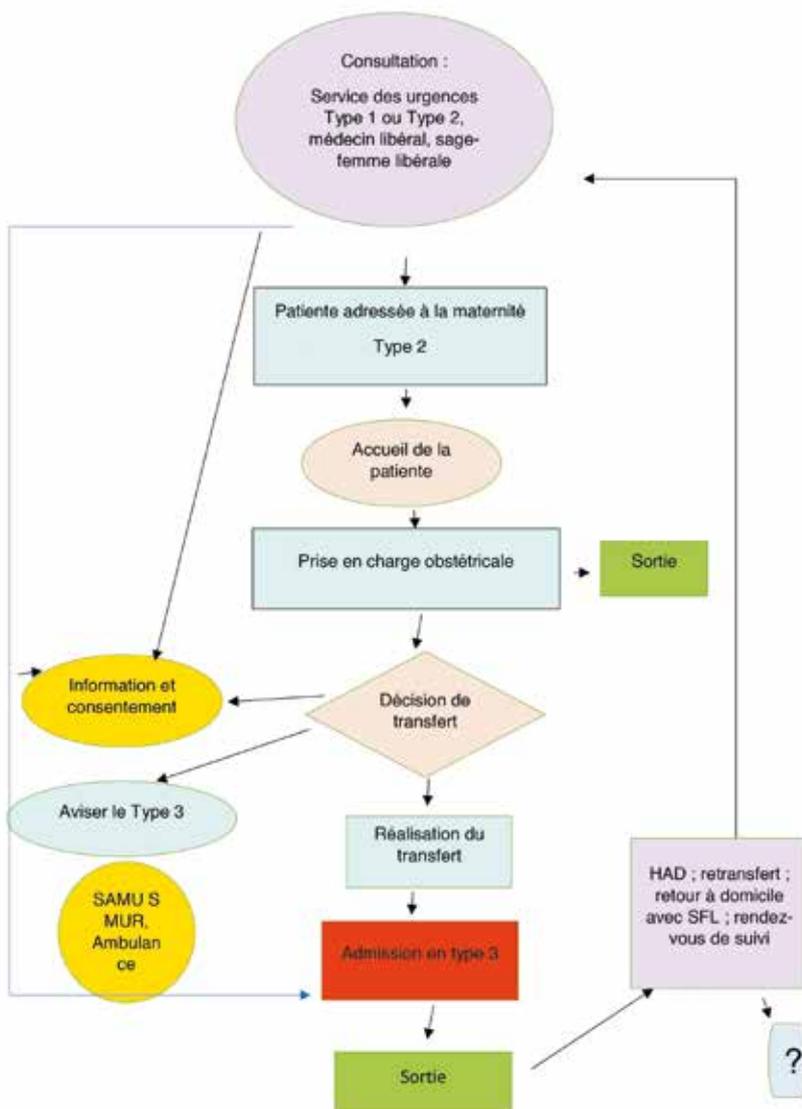
Avec la commission des transferts du RPL existante, nous proposons d'aller dans les structures et évaluer l'application des recommandations et l'appropriation du protocole qui sera élaboré. Ce travail se fera sous forme d'évaluation formative dans une démarche conjointe avec la maternité de type 3.

◇ ACTION 3 > Communiquer avec les patientes et les familles

Nous proposons des actions de communication auprès des patientes. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) publie en 2004 : « Toute femme enceinte doit être informée du bénéfice pour elle et son bébé d'un suivi régulier de sa grossesse. Ce suivi est complété par une éducation prénatale au cours de séances de préparation à la naissance » ⁽¹⁷⁾. Nous suggérons d'intégrer les signes qui doivent amener à consulter dans l'information délivrée aux futurs parents au cours des consultations prénatales. Surtout d'insister sur les signes d'une MAP chez celles qui en présentent les facteurs de risque. Informer sur les avancées dans la prise en charge du nouveau-né, sans occulter les limites de celle-ci.

Aborder certains sujets en anténatal en dehors de toute situation d'urgence, et donc d'angoisse, permettrait de rendre les patientes plus réceptives aux informations qui seront données à la maternité lorsque la situation d'urgence se présentera. Ces informations devraient être cohérentes. Toutes les équipes de toutes les structures devraient procéder de la même manière. Ainsi, un document écrit fondé sur les

Figure 2 ► Logigramme du parcours de la patiente en cas de menace d'accouchement prématuré (HAD = hospitalisation à domicile, SFL = sage-femme libérale)



données actualisées de la littérature sera élaboré avec le réseau périnatal. Il s'appuiera particulièrement sur les propositions du département hospitalo-universitaire "risques et grossesses" ⁽¹²⁾. L'objectif visé par cette démarche est de favoriser la participation active des patientes aux décisions à prendre. Se préparer pour anticiper et éviter des retards. Lesquels pourraient aboutir à une aggravation de la situation.

CONCLUSION

Si la prématurité est une situation pédiatrique à haut risque, la grande prématurité et la très grande prématurité le sont encore davantage. C'est pourquoi cette question est au cœur des différents plans de périnatalité. La Haute Autorité de Santé (HAS) assure que les maternités de type 3 sont les mieux adaptées pour l'accueil des nouveau-nés grands et très grands prématurés ⁽¹⁸⁾. Car la réanimation néonatale dont elles disposent permet d'offrir des soins rapides et efficaces au nouveau-né concerné.

L'immédiateté de ces soins et leur continuité sont des éléments primordiaux pour un meilleur pronostic vital et neurologique de l'enfant ⁽⁹⁾. Or, en Lorraine, trop d'enfants grands prématurés naissent encore hors de la maternité de type 3.

Pour améliorer cette situation, plusieurs axes de travail ont été envisagés. Le réseau périnatal qui coordonne les professionnels de santé en Lorraine a été sollicité. Un travail d'évaluation et de communication sera mené dans différentes structures. Son objectif sera, d'une part d'évaluer la connaissance des recommandations et leur application, d'autre part de réexpliquer le bien-fondé du respect de ces dernières.

Concernant la maternité de référence, il a été proposé d'initier l'élaboration des protocoles communs de prise en charge en intégrant toutes les structures. La prise en charge en périnatalité implique les parents. Une procédure pour une information précoce et cohérente à l'endroit de ces derniers sera élaborée.

Enfin, l'amélioration du taux des naissances inborn repose sur un travail de coordination entre différents acteurs. Ceci afin d'éviter les retards préjudiciables au nouveau-né. •

Remerciements : A l'équipe pédagogique du Master PMP ;
À l'équipe de la maternité A. Pinard du CHRU de Nancy ;
Au Réseau Périnatal Lorrain ; Au Directeur du mémoire.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Naissances prématurées*. Aide-mémoire [en ligne]. Novembre 2016, [12/01/2017].
Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>
2. Blondel B, Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. U.953. Paris : INSERM ; 2011
3. Maurey H. *Augmentation du nombre de naissances prématurées en France*. Sénat : Questions écrites 08489 [en ligne] 10/10/2013 p 2927 [02/01/2017]
Disponible : <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ131008489.html>
4. Epipage2. État des connaissances. INSERM Unité 1153.
5. Cours des Comptes. *La politique de périnatalité* [en ligne] Paris ; 2004 [13/06/2016]. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/content/download/2338/>
6. Puech F. *Plan périnatalité 2005-2007. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance* [en ligne]. Paris : 2008 [10/04/2016]. Disponible : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad613545.pdf>
7. Agence Régionale de Santé. *Parcours de soin, Parcours de santé, Parcours de vie*. Lexique de A à Z [en ligne]. Paris : ARS ; 2012 [10 mars 2016] ; Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
8. France. Ministère de la santé. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. JORF n° 235 du 10 octobre 1998 page 15343.
9. Ancel P Y. *État des lieux sur le pronostic des naissances extrêmement prématurées*. Mises à jour en obstétrique. Novembre 2016 ; p. 131-138.
10. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee Flash Lorraine. En ligne 29/12/2014 (7) [04/01/2017] Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285195>
11. Réseau Périnatal Lorrain. *Recommandations* [en ligne] [03/02/2017]. Disponible : <http://www.reseauperinatalloirain.fr/reseau-perinatal-loirain/recommandations/>
12. Goffinet F, Tessier V, Jarreau P H. *Prise en charge obstétricale en cas de grande prématurité*. Mises à jour en obstétrique. Novembre 2016 ; p 139-148.
13. Lacroze V. *Prématurité : définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins*. Journal de pédiatrie et de puériculture [en ligne]. 2015 ; 28 : 47-55. [09/01/2017]. Disponible : https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=817
14. Gold F. *Recommandations françaises 2010 sur les limites de prise en charge des très grands prématurés*. JTA [en ligne]. 2011 [12/08/2016]. Disponible : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1433
15. France. Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins. Circulaire du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères [en ligne]. Paris : DHOS ; 2006 Bulletin Officiel N° 2006-7 : Annonce N° 27 [12/07/2016]. Disponible : http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/cir_transport_21juin2006.pdf
16. Moriette G, Rameix S, Azria E, Fournie A, Andriani P, Caeymaex L, et al. *Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie : pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone "grise"*. Arch Pédiatrie. mai 2010 ; 17 (5) : 518-26.
17. Haute Autorité de Santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*. Paris ; ANAES ; 2005.
18. Haute Autorité de Santé. *Grossesses à risque : Orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2009
19. Bernard O, Bernard L. Lexique Managérial. Paris : Voilier d'Arbren ; 2012. 422 p. Paris : Voilier d'Arbren ; 2012. 422 p.
20. Hédon B, Deruelle P, Graesslin O. *Mises à jour en obstétrique*. Clamecy : Nouvelle Imprimerie Laballery ; 2016 Novembre. 659 p.