

Recommandations professionnelles:

## **Organisation de l'Anesthésie-Réanimation Obstétricale.**

**SFAR**

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

**Sociétés ou groupements professionnels associés : CARO, CNGOF, CNSF, IADE, SFN**

Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Collège National des Sages-Femmes

Collectif IADE

Société Française de Néonatalogie

## **Comité d'organisation :**

### *SFAR*

Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, Maternité Jeanne de Flandre, CHRU Lille

Jean Tourrès, Polyclinique de l'Atlantique, Nantes

Jean-Marc Malinovsky, Centre Hospitalier Universitaire, Reims

## **Sociétés associées ou groupements professionnels associés :**

### *CARO*

Dominique Chassard, Hôpital mère enfant Hospices civils, Lyon

Frédéric Mercier, AP-HP - Hôpital Antoine Béchère, Paris

Hawa Keita-Meyer, AP-HP - Hôpital Louis Mourrier, Colombes

Valérie Fuzier, Hôpital Joseph Ducouing, Toulouse.

Daniel Fillette, Clinique Ambroise Paré, Toulouse.

Francoise Broisin, Hôpital Croix Rousse, Hospices civils, Lyon

Eric Lopard, AP-HP - Hôpital saint Joseph, Paris

Jean-Claude Ducloy, Hôpital privé, Villeneuve d'Ascq

Thibaut Rackelboom, AP-HP - Maternité Port Royal, Hôpital Cochin, Paris

Solange Pereira, Centre hospitalier Le Cateau

Dominique Gerbaut, Centre hospitalier Seclin

### *CNGOF*

Sandrine Guinebretiere et Olivier Multon ; Polyclinique de l'Atlantique, Nantes

Gilles Burlet, CHRU Arnaud de Villeneuve, Montpellier

Bernard Hedon, CHRU Arnaud de Villeneuve, Montpellier, président du CNGOF

Alexandra Benachi, AP-HP - Hôpital Antoine Béchère, Paris

Philippe Deboinance, Centre hospitalier, Dunkerque

Yann Rouquet, Centre Hospitalier, Vitry sur Seine

Yann Lenglet, Vichy

### *CNSF*

Sophie Guillaume, AP-HP - Hôpital Necker, Paris

Thomas Desplanches, CHU Dijon - Réseau Périnatal de Bourgogne

### *Collectif IADE*

Damien Guillou, AP-HP - Hôpital Necker, Paris

Francine Occhiminutti, AP-HP - Maternité Port Royal, Hôpital Cochin, Paris

Nathalie Guichard, CH Orsay

Bruno Frattini, Hôpital Franco-britannique, Paris

### *Société Française de Néonatalogie*

Elie Saliba, CHU Tours

Jean-Christophe Roze, CHU Nantes.

## **Groupes de travail :**

1 - Locaux et équipements, matériels :

E Lopard (Paris)

B Frattini (Paris)

2 - Personnels, effectifs et permanence de soins :

V Fuzier (Toulouse)

D Fillette (Toulouse)

F Broisin (Lyon)

S Guinebretière, O Multon (Nantes)  
G Burllet (Montpellier)  
D Guillou (Paris)  
F Occhiminutti (Paris)  
N Guichard (Paris)

3 - Parcours de soins – Procédures :

*Consultation préanesthésique*

E Lopard (Paris)

*Analgésie en salle de travail*

V Fuzier (Toulouse)

*Anesthésie-Réanimation en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale*

AS Ducloy- Bouthors (Lille)

*Réanimation du nouveau-né en salle de naissance ou de césarienne*

D Guillou (Paris)

T Desplanches

*Surveillance post-anesthésique et post-interventionnelle*

N Guichard (Paris)

*Réhabilitation post-partum*

H Keita-Meyer (Paris)

*Surveillance continue et réanimation en obstétrique*

T Rackelboom (Paris)

4 - Qualité des soins. Formation. Evaluation :

*Réseaux de soins périnataux, Revue de morbidité, évaluation des pratiques professionnelles au sein des établissements de soins exerçant l'obstétrique*

JC Ducloy (Villeneuve d'Ascq)

*Formation - Gestion du risque en équipe*

J Tourrés (Nantes)

**Groupe de lecture :**

Le groupe de lecture était composé des membres du conseil d'administration du club d'anesthésie réanimation en obstétrique : Françoise Bayoumeu, *CHU Toulouse* ; Guy Aya, *CHU Nîmes*, Aude de la Dorie, *Saint Thomas Hospital, London* ; Jean Guglielminotti, *APHP - Hôpital Bichat, Paris* ; Dan Benhamou, *APHP - Hôpital Bicêtre, Paris* ; Estelle Morau, *CHU Montpellier* ; Alexandre Mignon, *Maternité Port Royal, APHP - Hôpital Cochin, Paris* ; Jean-Patrick Zicarelli, *Maternité Beauregard, Marseille*.

La base de données bibliographique a été élaborée par Mr Samuel Degoul, DES Anesthésie réanimation CHRU Lille.

## INTRODUCTION

Ces recommandations professionnelles (RP) portent sur l'organisation de l'anesthésie, de l'analgésie et de la réanimation dans les établissements de soins habilités à pratiquer l'obstétrique, c'est-à-dire habilités à prendre en charge, en consultation et en hospitalisation, les femmes enceintes dès le début de la grossesse jusqu'à leur accouchement, en post-partum ainsi que les urgences obstétricales et la médecine fœtale.

L'organisation de la prise en charge des urgences gynécologiques n'est abordée dans ces RP que sous l'angle d'une éventuelle mutualisation avec l'activité obstétricale.

Tous les professionnels de la naissance forment une équipe dont l'objectif commun est que l'accouchement et ses complications éventuelles soient gérées de façon coordonnée en assurant la qualité et la sécurité des soins à la femme et à l'enfant. Leur prise en charge est donc nécessairement pluridisciplinaire et multi-professionnelle: médicale (obstétricien, sage-femme, anesthésiste-réanimateur, pédiatre, biologiste, radiologue, et autres), et paramédicale (infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE), infirmier de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE), infirmier diplômé d'état (IDE), IDE puéricultrice, auxiliaire de puériculture, aide-soignant, et autres).

Pour mettre à jour les recommandations sur l'analgésie obstétricale éditée par la SFAR en 1992, les RP sont formalisées à partir des textes réglementaires, d'autres recommandations professionnelles et des avis des experts des corps de métiers concernés par ce domaine. L'objectif de ces RP est de contribuer à la réduction de la morbidité maternelle.

Les chapitres suivants sont abordés : **I.** Locaux- équipements et matériels, **II.** Personnels, effectifs et permanence de soins, **III.** Parcours de soins et procédures (consultation, analgésie, anesthésie, salle de surveillance post-interventionnelle, nouveau-né, réhabilitation après l'accouchement, surveillance continue et réanimation), **IV.** Qualité des soins, formation, évaluation.

Le secteur de naissance est situé dans l'unité d'obstétrique qui détient l'autorisation de l'activité. L'article *D6124-38* du code de santé publique précise que le secteur de naissance est composé notamment : des locaux de pré travail ; des locaux de travail ; des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés ; d'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale.

Le secteur de naissance est défini comme un secteur à risque par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui produit un guide spécifique de qualité et sécurité des soins au sein du secteur de

naissance dans le cadre de la certification des établissements de santé et de la démarche d'accréditation individuelle ou en équipe des spécialités médicales à risque.

L'organisation des activités du secteur de naissance est décrite (selon les termes de la HAS) dans un manuel-qualité, dans une charte de fonctionnement ou dans le projet de pôle qui inclue l'organisation d'anesthésie-réanimation obstétricale. L'organisation du secteur de naissance doit tenir compte du nombre d'accouchements mais aussi des épisodes de suractivité et de la charge de soins des femmes enceintes à haut risque. Les situations à risque maternel nécessitent l'organisation de soins de recours maternels pour affecter les moyens supplémentaires humains, matériels et de réseau. La charte de fonctionnement doit être écrite et diffusée à l'ensemble des acteurs ainsi qu'aux autorités institutionnelles. Elle est coordonnée et compatible avec le fonctionnement général des secteurs interventionnels de l'établissement de soins.

## **METHODOLOGIE**

Ces RP ont été revues par l'ensemble des experts, du comité d'organisation et des membres de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), du Club d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique (CARO), du Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français (CNGOF), du Collège National des Sages-Femmes (CNSF), du collectif des IADE et de la Société Française de néonatalogie (SFN). La totalité des recommandations ont été soumises pour une cotation type Delphi (cotation sur une échelle de 1 à 9). Après 2 tours de cotations et divers amendements, un accord fort a été obtenu pour les 30 (100%) recommandations.

Les recommandations qui relèvent d'une disposition légale sont signalées et marquées d'un astérisque \*.

Les textes de référence supportant les recommandations sont les suivants:

- Décret 94-1050 du 5 décembre 1994 (dit décret "anesthésie")
- Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique

- Article R4127-318 du Code la santé publique (Livre Ier, Titre II, Chapitre VII, Section 3, Sous-section 1)
- Décret n°2012-881 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. Art.R.4127-418 II.
- Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste : Référentiel d'activités, Compétences. Annexe II. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2012/7 du 15 août 2012
- Arrêté du 23 septembre 2014 relatif à la création d'une annexe «Supplément au diplôme» pour les formations paramédicales d'infirmier, d'ergothérapeute, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de pédicure-podologue et d'infirmier anesthésiste (JORF no 0230 du 4 octobre 2014). Annexe VI.
- Décret no 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.
- Guide méthodologique HAS de certification 2014 des établissements de santé " qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance" qui est cité dans les recommandations de la SFAR.
- D. Benhamou, A.-S. Ducloy-Bouthors. L'anesthésie dans les maternités : rôle des décrets de 1998 dans la sécurité de la naissance. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 23 (2004) 63–68
- Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. *Paris: Inserm; 2011*, <http://www.sante.gouv.fr>
- A.-S. Ducloy-Bouthors, C. Prunet, J. Tourrés, D. Chassard, D. Benhamou, B. Blondel Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 32 (2013) 18–24

## **Recommandations professionnelles :**

### **1 - Locaux et équipements, matériels**

**RP 1** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé que chaque établissement de soins habilité à exercer l'obstétrique dispose des locaux et équipements matériels nécessaires à la réalisation des actes d'anesthésie-réanimation obstétricale répondant aux impératifs suivants dont certains sont réglementaires :

- un accès permanent à au moins une salle d'intervention dédiée à la chirurgie obstétricale d'urgence qui doit être contigüe (au même niveau en cas de création de nouvelle structure) au secteur de naissance.
- un équipement conforme au décret n° 94\_1050 du 5 décembre 1994 des salles d'accouchement pour l'analgésie et l'anesthésie réanimation obstétricales, fixe dans chaque salle d'accouchement et/ou sous forme d'un chariot mobile.
- des dispositions pour assurer la sécurité des soins anesthésiques et de réanimation (dont chariot d'urgence adapté aux situations critiques obstétricales).
- d'un accès aux produits sanguins labiles et stables, compatible avec les impératifs de sécurité et les recommandations sur la transfusion sanguine et l'hémorragie du post-partum.
- des procédures de vérification, de maintenance et de matériovigilance de ces équipements avec traçabilité selon la réglementation en vigueur.

### **2 - Personnels, effectifs et permanence de soins.**

**RP 2.1** – (*accord fort et disposition légale\**) : Pour répondre aux prises en charge obstétricales maternelles et fœtales, quel que soit le nombre d'accouchements, l'anesthésiste-réanimateur doit être disponible dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

**RP 2.2** – (*accord fort*) : Il est recommandé que l'anesthésiste réanimateur dispose de l'assistance d'un (ou plusieurs) personnel(s) supplémentaire(s) compétent(s) en anesthésie-réanimation en raison de la spécificité de l'activité d'anesthésie-réanimation obstétricale non programmée (survenue potentielle de plusieurs actes d'anesthésie-réanimation « urgents » concernant plusieurs patientes simultanément ou survenue d'une complication maternelle sévère). La charte de fonctionnement identifie quotidiennement ce(s) personnel(s)

supplémentaire(s) pour qu'il(s) soi(en)t disponible(s) et dédié(s) à cette assistance pendant la période la nécessitant, Plusieurs options permettent de répondre à cette recommandation : un(e) second anesthésiste réanimateur, un anesthésiste réanimateur en formation, un(e) IADE, un(e) IDE formé(e) à la SSPI ou un personnel médical (sage-femme, obstétricien) ou paramédical (IDE) de l'équipe obstétricale.

**RP 2.3** – (*accord fort*) : Pour déterminer l'adéquation des ressources humaines d'anesthésie réanimation dédiées à l'activité obstétricale dans tous les établissements de soins habilités à pratiquer l'obstétrique et en particulier dans ceux assurant une prise en charge de recours, il est recommandé de tenir compte :

- du nombre d'accouchements mais aussi des épisodes de suractivité et de la charge de soins des femmes enceintes à haut risque. Les effectifs nécessaires aux consultations préanesthésiques programmées et aux activités proches (chirurgie gynécologique et procréation médicalement assistée notamment) doivent être comptabilisées séparément et en plus des effectifs du secteur de naissance.

- de l'identification des situations à risque, leur évaluation et hiérarchisation (criticité) a priori (par des méthodes explicites validées par la HAS) pour assurer la sécurité des soins en tenant compte des facteurs de risque liés aux parturientes (antécédents, comorbidité, ...), liés à la complexité des tâches, liés à la compétence et qualification des individus (senior, junior...), liés à l'équipe (communication...), liés à l'environnement, liés à l'organisation et à l'institution.

**RP 2.4** – (*accord fort*) : Il est recommandé de revoir ces ressources d'anesthésie réanimation à périodicité définie de deux ans maximum en fonction notamment des résultats objectifs de l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés dans l'année et de l'évolution du nombre d'accouchements annuels.

**RP 2.5** – (*accord fort*) : Il est recommandé à partir de ces éléments d'anticiper et d'optimiser la qualité et la sécurité de la prise en charge des patientes par la mise à disposition de ressources d'anesthésie réanimation identifiées et organisées au sein de chaque structure.

**RP 2.5.1** – (*accord fort*) : si l'activité obstétricale est inférieure à 2000 accouchements annuels, et si l'anesthésiste-réanimateur n'est pas dédié au secteur de naissance, il est recommandé de prévoir une organisation et une hiérarchisation pour que soient assurées la



sécurité et la continuité des soins d'anesthésie-réanimation dans les secteurs d'activité mutualisés avec priorité à l'activité obstétricale urgente.

**RP 2.5.2** – (*accord fort et disposition légale\**) : si l'activité obstétricale est supérieure à 2000 accouchements, l'anesthésiste-réanimateur doit être dédié au secteur naissance conformément au décret périnatalité n°98\_900 du 9 octobre 1998.

**RP 2.5.3** – (*accord fort*) : Au-delà de 2000 accouchements par an, l'équipe d'anesthésie-réanimation comporte un nombre de personnel soignant suffisant pour assurer l'activité habituelle et dispose d'une organisation écrite, connue et validée de renfort ponctuel (charte de fonctionnement ou procédure).

**RP 2.6** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé que ces organisations soient opérationnelles 24h sur 24 afin d'assurer la continuité et la permanence des soins en anesthésie-réanimation obstétricale.

### **3 - Parcours de soins - Procédures**

#### *Consultation pré-anesthésique*

**RP 3.1** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est obligatoire d'évaluer le risque anesthésique, de proposer une stratégie analgésique et anesthésique et d'en informer la patiente lors de la consultation pré-anesthésique obligatoire, réglementaire et d'effectuer la visite pré-anesthésique avant l'acte d'anesthésie réanimation et d'analgésie selon les termes réglementaires.

**RP 3.2** - (*accord fort*) En l'absence de consultation pré-anesthésique et/ou de visite préanesthésique, il est recommandé de réaliser l'acte d'anesthésie réanimation d'urgence ou d'analgésie après un interrogatoire et un examen clinique minimal compatible avec l'éventuel degré d'urgence s'assurant néanmoins de l'absence de contre-indication apparente au geste.

#### *Analgésie en salle de travail*

**RP 3.3** – (*accord fort*) : Quel que soit le nombre d'accouchements, il est recommandé qu'une procédure permettant la réalisation et la sécurité de l'analgésie obstétricale en salle de travail

(périmédullaire ou par une autre méthode médicamenteuse) soit organisée et consignée dans une charte de fonctionnement du secteur de naissance et comprenne :

- la demande d'analgésie périmédullaire, relayée par la sage-femme ou l'obstétricien, auprès de l'anesthésiste-réanimateur.
- l'identification des personnels soignants
  - qui aident l'anesthésiste dans la mise en place et l'induction de l'analgésie.
  - qui en assurent l'entretien (suivi des pompes d'autoadministration ou réinjections)
  - qui surveillent la mère et le fœtus pendant le geste, l'induction et l'entretien.
- les protocoles écrits définissant la surveillance et la gestion des imperfections ou des complications éventuelles de l'analgésie périmédullaire ou d'une autre méthode médicamenteuse.
- les modalités de retrait du cathéter péridural, la surveillance de la levée du bloc moteur ainsi que la survenue des éventuelles complications dans le post-partum.

#### *Anesthésie-Réanimation en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale*

**RP 3.4** – (*accord fort et disposition légale\**) : Pour l'organisation de l'anesthésie réanimation obstétricale, il est recommandé d'appliquer et de consigner les directives du décret n° 94\_1050 du 5 décembre 1994 et du décret n° 98\_900 du 9 octobre 1998 dans la charte de fonctionnement du bloc et du secteur de naissance.

**RP 3.5** – (*accord fort*) : il est recommandé aux équipes d'obstétrique et d'anesthésie réanimation d'établir un code de communication permettant une définition claire du degré d'urgence de l'intervention.

**RP 3.6** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé que le dossier d'anesthésie réanimation comporte la consultation pré-anesthésique et l'ensemble des données et événements liés au patient, à l'intervention et à l'analgésie et anesthésie réanimation. Il est parti intégrante du dossier médical de la patiente.

#### *Réanimation du nouveau-né en salle de naissance ou de césarienne*

**RP 3.7** – (*accord fort*) : Il est recommandé d'identifier avant chaque naissance un membre de l'équipe obstétrico-pédiatrique pour accueillir le nouveau-né en salle de naissance. En cas de

situations à risque maternelles et/ou fœtales, la présence d'un pédiatre formé à la réanimation néonatale est nécessaire et doit être anticipée.

Dans les situations urgentes au cours desquelles la présence d'un pédiatre n'a pas pu être anticipée et si l'état du nouveau-né le nécessite, l'anesthésiste-réanimateur, peut participer, en dehors de toute complication maternelle, aux premiers soins avec la sage-femme et si besoin initier la réanimation du nouveau-né en attendant la prise en charge par l'équipe pédiatrique. Il est souhaitable, pour répondre à cette éventualité, que l'anesthésiste-réanimateur bénéficie d'une formation à la réanimation néonatale en salle de naissance au sein du réseau de santé en périnatalité.

#### *Surveillance post-anesthésique et post-interventionnelle*

**RP 3.8** – (*accord fort et disposition légale\**): Il est recommandé que la surveillance post-anesthésique (après anesthésie pour césarienne ou gestes obstétricaux) soit continue et réalisée par du personnel dédié et formé. La surveillance obstétricale est du domaine de compétence de l'équipe obstétricale mais la communication entre les deux catégories de personnel est organisée et les décisions écrites.

**RP 3.9** - (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé que la surveillance post-anesthésique de la parturiente s'effectue soit au sein d'une salle de surveillance post-interventionnelle située à proximité de la salle d'intervention dédiée aux césariennes ou dans une SSPI centralisée (avec du personnel dédié et formé, présent 24h/24), soit dans la salle de travail où a eu lieu l'acte d'anesthésie, dans la mesure où elle est réalisée par du personnel dédié et formé.

**RP 3.10** – (*accord fort*) : Il est recommandé que cette organisation de la surveillance post-anesthésique soit prévue et écrite dans la charte du secteur de naissance selon le mode de fonctionnement optimal pour la sécurité de la patiente dans la structure.

**RP 3.11** – (*accord fort*) : Il est recommandé que les dispositions architecturales et les procédures de soins en salle de surveillance post-interventionnelle favorisent la relation mère-père-nouveau-né et précisent les modalités de la surveillance du nouveau-né.

*Réhabilitation post-partum.*

**RP 3.12** – (*accord fort*) : Il est recommandé de mettre en œuvre la prise en charge de la douleur et un programme de réhabilitation rapide avec une approche pluridisciplinaire pour l'organisation des soins après accouchement voie basse ou après césarienne.

*Surveillance continue et réanimation en obstétrique*

**RP 3.13** – (*accord fort*) : Il est recommandé d'anticiper et d'organiser la surveillance continue des patientes présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances d'organe en rapport avec une pathologie obstétricale sévère ou avec une pathologie maternelle compliquée par la grossesse et d'orienter la patiente vers une unité de réanimation en cas de persistance d'une défaillance d'organe nécessitant une suppléance, d'apparition d'une défaillance multi-viscérale ou de la mise en jeu du pronostic vital selon la convention établie entre chaque unité d'obstétrique et une unité de réanimation adulte, notamment si l'établissement où est située la maternité n'en dispose pas.

**RP 3.14** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé que cette convention précise le partage de dossier et de la feuille de surveillance, la traçabilité des produits sanguins administrés, les critères et les conditions du transfert. \*

#### **4 - Qualité des soins. Formation. Evaluation.**

*Réseaux de soins périnataux, Revue de morbi-mortalité, Evaluation des pratiques professionnelles au sein des établissements de soins exerçant l'obstétrique.*

**RP 4.1** – (*accord fort*) : Il est recommandé de mettre en place des protocoles de soins, des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins en équipe par des analyses de morbi-mortalité avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale d'anesthésie-réanimation obstétricale.

**RP 4.2** – (*accord fort*) : Il est recommandé de mettre en place ces démarches de gestion des risques interdisciplinaires pluri-professionnelles incluant les personnels d'anesthésie-réanimation au sein du réseau de périnatalité.

**RP 4.3** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé de prévoir les orientations des patientes, les modes et les conditions de leur transfert entre les maternités selon les recommandations de la HAS 2012 concernant les transferts in utero et selon la liste indicative des cas de transfert proposée par la circulaire du 21 juin 2006.

**RP 4.4** – (*accord fort et disposition légale\**) : Il est recommandé de consigner les conditions de prise en charge anesthésique des patientes transférées de la maison de naissance en expérimentation conventionnée (consultation d'anesthésie, procédure opérationnelle, gestion des risques a priori) dans la convention qui la lie à l'établissement de soins exerçant l'obstétrique.

#### *Formation*

**RP 4.5** – (*accord fort et disposition légale\**) : Dans le cadre du développement professionnel continu, il est recommandé aux professionnels d'anesthésie-réanimation d'actualiser leurs compétences et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles cliniques individuelles et collectives dont les revues de morbi-mortalité.

#### *Gestion du risque en équipe*

**RP 4.6** – (*accord fort*) : Il est recommandé de mettre en place des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins en équipe permettant l'appropriation de procédures validées de situation de crise ou non (césarienne en urgence code couleur, check-list césarienne), par des analyses des pratiques professionnelles communes sur des évènements redoutés (hémorragie du post-partum, procidence cordon, hématome rétro-placentaire, éclampsie, rupture utérine, embolie amniotique,...), par l'identification et l'analyse collective d'évènements indésirables associés aux soins (évènements porteurs de risque et évènements indésirables graves) en revue de morbi-mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX)) comme cela est recommandé par la HAS, par la participation à des sessions de formation en équipe aux techniques de communication (outils d'amélioration de la communication entre professionnels) et aux séances de simulation, par le suivi d'indicateurs du tableau de bord (indicateurs nationaux IPAQSS, taux d'hémorragies du post-partum grave, taux de transfusion, taux de césarienne, délai décision-incision,...).

#### **CONCLUSION :**

Les présentes recommandations professionnelles servent de support aux professionnels de l'anesthésie-réanimation obstétricale dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des soins d'anesthésie réanimation obstétricale. Ces recommandations professionnelles doivent être intégrées à la charte de fonctionnement du secteur de naissance écrite dans chaque établissement. Les procédures sont pour partie définies par les impératifs légaux. L'élaboration de cette organisation dans chaque établissement s'appuie sur les outils de gestion du risque : analyse des risques a priori, analyses de pratiques professionnelles interdisciplinaires et pluri-professionnelles et démarches de gestion du risque en équipe et de gestion de crise. L'évolution du paysage vers une concentration des structures d'obstétrique et la complexification des pathologies nécessite la définition d'un type de soins maternels de recours afin de mettre à la disposition de l'équipe les moyens complémentaires nécessaires humains et matériels. La mise en place de cette organisation selon les recommandations professionnelles est coordonnée aux recommandations de la HAS sur la sécurité en secteur de naissance et l'amélioration continue du travail en équipe. Elle est évaluée par des indicateurs qui portent sur deux grands volets : organisation et pratiques professionnelles.

### **Annexe 1:** Soins maternels de recours.

Les soins maternels de recours définissent l'accès aux soins d'urgence et de réanimation maternelle indépendamment du type de soins de néonatalogie. L'existence d'une pathologie maternelle et d'une pathologie fœtale simultanée conduit à les associer comme éléments d'orientation du transfert éventuel.

Conditions opérationnelles des soins maternels de recours : à titre indicatif

- une équipe de recours d'anesthésie-réanimation, dédié aux situations obstétricales critiques et détachable des soins cliniques courants,
- une salle d'intervention chirurgicale accessible et disponible 24h/24,
- Des procédures et protocoles multidisciplinaires de prise en charge des pathologies préexistantes à la grossesse
- Des procédures et protocoles multidisciplinaires de prise en charge des pathologies gravidiques
- des moyens de communication téléphoniques fax et informatiques

- un laboratoire d'immunohématologie,
- un stock de concentrés érythrocytaires d'urgence vitale et une procédure de réapprovisionnement en produits sanguins labiles à partir d'un dépôt conventionné
- un centre de réanimation adulte conventionné, avec une composante réanimation obstétricale ou une unité de soins continus maternels,
- Un centre d'embolisation
- Une organisation en réseau de santé en périnatalité incluant les services d'aide médicale urgente, prévoyant et régulant les procédures de transfert et d'orientation.

## Annexe 2 :

# Le Journal Officiel

## Lois et Décrets

### MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

#### Décret n°98-900 du 9 octobre 1998

#### **Relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de**

**Art. 1er.** - Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, chapitre II, section III, est insérée après l'article D. 712-74 une sous-section IV ainsi rédigée :

*" Sous-section IV*

*" Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale*

*" Paragraphe 1*

*" L'unité d'obstétrique*

"Art. D. 712-75. - L'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant :

- " 1° De fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins ;
- " 2° D'assurer une préparation à la naissance et d'effectuer des visites du secteur de naissance (ou bloc obstétrical) pour les patientes qui le souhaitent ;
- " 3° D'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l'article [D. 712-41](#) par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ;

" 4° De faire bénéficier les consultant.es, y compris en urgence, d'examen.s d'imagerie par ultrasons.

"Art. D. 712-76. - Outre les lits et places servant à la gynécologie, toute unité d'obstétrique nouvellement créée comprend un minimum de quinze lits. En cas de création, tout établissement spécialisé autonome d'obstétrique dispose au minimum de vingt-cinq lits d'obstétrique sur le même site.

"Art. D. 712-77. - Toute unité d'obstétrique comprend des locaux réservés, d'une part, à l'accueil des patientes tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 et, d'autre part, aux consultations, un secteur de naissance, un secteur d'hospitalisation pour l'hébergement et les soins avant et après l'accouchement, ainsi qu'un secteur affecté à l'alimentation des nouveau-nés. Ce dernier secteur peut, lorsque l'établissement dispose également sur le même site d'une unité de néonatalogie ou d'une unité de réanimation néonatale, être commun à ces différentes unités.

"Art. D. 712-78. - Le secteur de naissance est composé notamment :

- " 1° Des locaux de prétravail ;
- " 2° Des locaux de travail ;
- " 3° Des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés ;
- " 4° D'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale.



" En cas de création d'un secteur de naissance, de reconstruction ou de réaménagement général d'un secteur existant, tous les locaux qui composent ce secteur, ainsi que la salle d'intervention et la salle de surveillance postinterventionnelle, doivent être implantés de manière contiguë et au même niveau afin de permettre la circulation rapide des patientes, des nouveau-nés, des personnels et des matériels nécessaires.

"*Art. D. 712-79.* - Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de prétravail dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. La salle de prétravail dispose du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation. La salle de prétravail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence.

"*Art. D. 712-80.* - Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de travail.

" Tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail.

" La salle de travail est aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et paraclinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance. Cette surveillance se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance. Le nouveau-né y reçoit les premiers soins. Les locaux sont équipés de tous les dispositifs médicaux nécessaires à la pratique de l'accouchement par voie basse, à l'anesthésie et à la réanimation de la mère.

" L'agencement de la salle tient compte de la présence éventuelle d'un accompagnant auprès de la parturiente lorsque cette présence est autorisée.

" Un arrêté du ministre chargé de la santé précise le nombre de salles de prétravail et de travail exigées en fonction de l'activité.

"*Art. D. 712-81.* - Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle d'intervention de chirurgie obstétricale, qui permet, y compris en urgence, la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale.

" La surveillance postinterventionnelle de la parturiente s'effectue dans les conditions de surveillance continue mentionnées aux articles [D. 712-45](#) et suivants, soit au sein d'une salle de surveillance postinterventionnelle située à proximité immédiate de la salle d'intervention, soit dans la salle de travail dans les conditions définies à l'article [D. 712-46](#).

" Les soins du nouveau-né sont organisés soit dans une salle spécialement prévue à cet effet et contiguë à la salle d'intervention, soit dans la salle d'intervention. Cette salle est dotée de dispositifs médicaux permettant la réanimation d'au moins deux enfants à la fois. La liste de ces dispositifs est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

" Lorsque l'activité de l'unité est inférieure à 1 200 accouchements par an, la salle d'intervention peut ne pas être située dans le secteur de naissance, sous réserve qu'elle soit incluse dans un bloc opératoire, dans le même bâtiment de l'établissement de santé, à proximité immédiate et d'accès rapide au secteur de naissance. Dans ce cas, une salle d'intervention doit être disponible afin de faire face aux cas d'urgence obstétricale.

" Lorsque l'activité de l'unité est supérieure à 1 200 accouchements par an, la salle d'intervention et celle de surveillance postinterventionnelle sont soit situées au sein du secteur de naissance, soit sont contiguës à celui-ci. Dans ce dernier cas, une des salles de travail doit pouvoir, en cas de nécessité, servir de salle d'intervention. Elle est équipée en conséquence.

"Art. D. 712-82. - L'organisation et les moyens des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés permettent de prodiguer les premiers soins nécessaires à l'enfant et de faire face immédiatement aux détresses graves éventuelles du nouveau-né.

" La préparation médicale au transport des enfants, dont l'état nécessite le transfert vers des unités spécialisées, internes ou externes à l'établissement de santé, est assurée dans ces locaux.

"Art. D. 712-83. - L'établissement assure la réalisation des examens de laboratoire et d'imagerie nécessaires pour la mère et pour le nouveau-né, y compris en urgence.

" Les établissements ne disposant pas en propre de laboratoire passent avec un laboratoire une convention prévoyant la réalisation et la transmission des résultats à tout instant, dans des conditions et des délais garantissant la qualité de la prise en charge.

"Art. D. 712-84. - Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :

*" 1° En ce qui concerne les sages-femmes*

" Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance.

" Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.

" Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement.

" Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour.

*" 2° En ce qui concerne les médecins*

" Quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-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. Cette continuité est assurée :

- " - soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;
- " - soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

" A cet effet, pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

" - un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.

" Le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;

" - un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;

" - un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité.

" Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

" - un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;

" - un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;

" - un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

*" 3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel*

" Dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme.

"*Art. D. 712-85.* - Le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les soins aux nouveau-nés bien portants. Les chambres du secteur d'hospitalisation après l'accouchement comprennent au maximum 2 lits de mères avec les berceaux de leurs enfants. En cas de nécessité, chaque patiente doit pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle.



" En cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, celui-ci comprend au minimum 80 % de chambres individuelles, et la surface utile de chaque chambre, qui comporte un bloc sanitaire particulier, n'est jamais inférieure à 17 m<sup>2</sup> pour une chambre individuelle et à 23 m<sup>2</sup> pour une chambre à 2 lits.

" En outre, il doit exister un local par étage où les enfants bien portants peuvent être regroupés. Ce local doit pouvoir recevoir au minimum la moitié des nouveau-nés présents, pendant la nuit, et doit être aménagé de manière à permettre leur surveillance. Les soins de puériculture sont réalisés soit dans un local commun, soit dans un espace spécialement aménagé de la chambre de la mère.

"*Art. D. 712-86.* - Lors de leur séjour en secteur d'hospitalisation, la mère et l'enfant bénéficient de la possibilité d'intervention tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, y compris en urgence, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur.

" L'unité met en place une organisation lui permettant de s'assurer en tant que de besoin, selon le cas, du concours d'un psychologue ou d'un psychiatre.

" Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation est fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Il ne peut être inférieur, quelle que soit l'activité du secteur, à une sage-femme, assistée d'une aide-soignante et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit. Sauf application des dispositions prévues à l'avant-dernier alinéa du 1° et au 3° de l'article D. 712-84 pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 500 naissances par an, il doit s'agir de personnels affectés au secteur d'hospitalisation et ne pouvant avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité.

"*Art. D. 712-87.* - Le secteur spécifiquement affecté à la préparation des biberons est divisé s'il y a lieu en deux zones distinctes permettant, d'une part, la préparation des aliments des nouveau-nés, d'autre part, l'entretien des biberons.

"*Art. D. 712-88.* - Afin de privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation dès lors que les conditions définies au présent article sont remplies.

" Ces nouveau-nés doivent, en tant que de besoin, pouvoir être isolés des nouveau-nés bien portants, traités et surveillés en permanence dans un local de regroupement ou, lorsqu'elle est individuelle et aménagée à cet effet, dans la chambre de leur mère.

" De plus, le pédiatre est disponible sur appel, 24 heures sur 24, et assure une visite quotidienne. Au minimum, une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.

"*Art. D. 712-89.* - Dans les établissements de santé privés, les contrats conclus en application de [l'article 83 du décret n° 95-1000](#) du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale entre les établissements et les membres de l'équipe médicale comportent des dispositions organisant la continuité des soins médicaux en gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation et pédiatrie. "