



PROTOCOLE REGIONAL SORTIES PRECOCES Suivi à domicile du couple mère-enfant

Références

-HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014
-Réseau Périnatal Lorrain. Points de vigilance sortie précoce. Mars 2020
-Ameli. Suivi de l'enfant à la maternité. Mai 2024
-A. Cortey et al. Ictère à bilirubine non conjuguée du nouveau-né de 35 semaines et plus : du dépistage au suivi après sortie de la maternité. Recommandations pour la pratique clinique. Arch Pediatr. Jan 2017
- A. Cortey, CNRHP. Ictère à bilirubine non conjuguée du nouveau-né après sortie de maternité : de la physiopathologie à la pratique. Perf Pediatr. Mar 2018

Créé le : 09/2024

Version 2

Nombre de pages : 8

Rédaction :

Rédacteurs initiaux :

Dr J. PERRET (MFME)
Dr JL. VOLUMENIE (MFME)
M. LAMALLE (USFLM)
MC. DOMI (RSPM)

Mise à jour 2024 :

M. LAMALLE (RSPM)

Vérification :

Vérificateur initial :

Dr JL. VOLUMENIE

Mise à jour 2024 :

Comité scientifique RSPM

Validation 2024 :

Dr E. MELKI (CSP)
R-L LIMOL (CSP)
J. ARNAUD (PRADO)
Dr J. PIGNOL (MFME)
Dr S. KETTERER-MARTINON (MFME)
Dr I. NAHRI (libéral)
Dr C. CELESTIN (MFME)
M. FRANCOIS (MFME)
C.LAURENT (USFLM)

1- CONTEXTE

En 2014, la Haute Autorité de Santé publie des recommandations de pratiques cliniques concernant les sorties précoces en France. La mise en application de ces sorties précoces diffère quelque peu des sorties standards. Elle nécessite la collaboration de plusieurs acteurs, dont les hôpitaux, l'Assurance Maladie, les sages-femmes et les médecins de ville :

• **Les hôpitaux :**

Deux maternités sur l'île disposent d'un plateau technique d'Obstétrique et d'un service de Suites de couches :

- La Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME), maternité de type 3 ;
- La Clinique Saint-Paul, maternité de type 1.

Ces services regroupent, entre autres, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, coordinateurs de services.

La MFME dispose de services d'urgences pédiatriques et de néonatalogie.

Les sorties précoces ont débuté en 2017 à la MFME et en 2023 à la Clinique Saint-Paul.

- **Le PRADO (Programme d'accompagnement au Retour à Domicile) :**

Le PRADO est un dispositif de l'Assurance Maladie. Il favorise l'organisation du suivi postnatal par les sages-femmes libérales, tout en accompagnant les familles sur leurs droits en santé. Les agents du PRADO effectuent des visites des accouchées en maternité, à la MFME et à la Clinique Saint-Paul.

- **Les sages-femmes libérales :**

L'ensemble du territoire martiniquais est doté en sages-femmes libérales. Ces dernières assurent le suivi médical postnatal de la mère et de l'enfant durant la période néonatale, c'est-à-dire classiquement jusqu'au 28 jours de vie de l'enfant, en fonction des besoins identifiés. Elles effectuent dans ce cadre des visites à domicile. Par ailleurs, les sages-femmes peuvent accompagner le couple mère-enfant tout au long des 1000 premiers jours, notamment dans le cadre de l'allaitement, du parcours vaccinal ou de la prévention en santé mentale.

- **Les pédiatres et médecins généralistes de ville :**

Les pédiatres de ville, les médecins de PMI et les médecins généralistes ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né, assurent le suivi médical régulier de l'enfant. L'évaluation médicale entre 6 et 10 jours après la naissance est essentielle pour évaluer le développement du bébé depuis le retour à la maison et pour éventuellement repérer des anomalies qui ne pouvaient encore être dépistées en maternité ou ne se révélant que secondairement.

2- DEFINITIONS

Les sorties précoces sont définies comme le retour à domicile du couple mère-enfant :

- Au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou
- Au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Selon les recommandations HAS de mars 2014 : « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés », les sorties précoces s'adressent aux couples mères-enfants à bas risque médical, psychique et social.

3- PRE-REQUIS

- **L'accord des parents**

La sortie précoce, en l'état actuel des recommandations, nécessite l'accord préalable de la mère et/ou du couple. En l'absence de cet accord, la sortie de maternité s'effectue après une durée de séjour standard soit de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

- **Les critères d'éligibilité**

Les critères d'éligibilité sont ceux définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sorties précoces par la Haute Autorité de Santé. Ils sont les suivants :

➤ **Pour la mère :**

- Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères ;
- Soutien familial et/ou social adéquat ;
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée ;
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu ;
- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ;
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection ;
- Absence de signes thromboemboliques ;
- Douleur contrôlée ;
- Interactions mère-enfant satisfaisantes ;
- Accord de la mère et/ou du couple.

➤ **Pour l'enfant :**

- Nouveau-né à terme ≥ 38 SA, singleton et eutrophe ;
- Apgar ≥ 7 à 5 minutes ;
- Examen clinique normal* le jour de sortie ;
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C ;
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi ;
- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance ;
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque d'ictère sévère) ;
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs ;
- Vitamine K1 donnée ;

- Dépistages néonataux organisés par la maternité et leur traçabilité assurée ;
- Suivi post-partum après la sortie organisé : 1re visite prévue dans les 24 heures après la sortie ;
- Le contact anténatal avec une sage-femme libérale pour des modalités de sorties anticipées ;
- Conditions environnementales et sociales favorables.

4- PREPARATION DE LA SORTIE PRECOCE EN ANTENATAL

Les patientes sont informées de la possibilité de bénéficier du dispositif de sorties précoces dès la grossesse, idéalement dès la déclaration (affiches, prospectus, campagne d'information de la CGSS, professionnels de santé). Les temps de l'entretien prénatal précoce ou du bilan prénatal sont privilégiés pour aborder le sujet et expliquer le dispositif.

La patiente adhérente est vue en anténatal par une sage-femme libérale qui effectue un entretien +/- une visite à domicile pour s'assurer de son éligibilité. A la suite de cet entretien, la sage-femme libérale remplit la fiche anténatale sortie précoce (annexe 1) qui sera remise à la patiente et conservée dans son dossier de suivi.

Si la patiente est suivie à la MFME ou à la Clinique Saint-Paul, elle est adressée avec sa fiche anténatale vierge vers la sage-femme libérale de son choix avant 36 semaines d'aménorrhées.

A défaut occasionnel de ce contact anténatal, la sage-femme libérale contactée restera libre d'accepter le suivi de la patiente en sortie précoce.

5- DURANT L'HOSPITALISATION

5.1- Le lien ville-hôpital

A la suite de l'accouchement, la sage-femme du service de suites de couches s'assure de l'éligibilité de la patiente. Elle prévient à J0 ou J1, la sage-femme libérale pré-identifiée par la fiche anténatale, de la date de sortie de l'accouchée et de son bébé (appel ou message texte téléphonique). En cas de week-end ou de jours fériés, si la sage-femme libérale contactée ne peut assurer la visite, cette dernière décide elle-même d'adresser la patiente à une collègue (qui effectuera exceptionnellement la visite ce jour) ou s'oppose à la sortie.

Durant le séjour, les agents du PRADO, s'assurent de l'éligibilité auprès du service, rencontrent la patiente, lui réexpliquent le dispositif et confirment la sortie avec la sage-femme libérale désignée.

Le jour de la sortie, l'équipe hospitalière s'assure que la patiente est toujours éligible à une sortie précoce. Un rendez-vous est pris pour la consultation pédiatrique entre J6 et J10, avec le pédiatre ou le médecin traitant du choix de la patiente. Dans le cas où le professionnel de son choix consulte sans rendez-vous, la patiente s'engage à s'y rendre entre J6 et J10.

Une fiche de liaison hôpital-ville (résumé d'accouchement) est remise à la patiente pour la sage-femme libérale et le médecin de ville.

Sont remis également à la femme au moment de sa sortie des documents d'informations rappelant notamment les signes d'alerte devant conduire à une consultation d'urgence pour la mère ou pour l'enfant : « les brochures de vigilance parentale » (annexe 2 et 3).

5.2 – Le dépistage néonatal

Le test de Guthrie est effectué en maternité à 48h, avant la sortie du nouveau-né, afin de faciliter l'acheminement du carton de prélèvement vers le CRDN (Centre Régional de Dépistage Néonatal) dans les temps requis.

Si le test de Guthrie n'est pas réalisé à l'hôpital, le service de maternité en avertie la sage-femme libérale. En l'absence d'opposition des parents au prélèvement, l'équipe hospitalière remet à la mère carton de Guthrie vierge et enveloppe, à l'attention de la sage-femme libérale.

La sage-femme libérale effectuera le test idéalement à J3. Elle l'acheminera ensuite vers le CRDN via le laboratoire d'analyse médicale du Centre Hospitalier de Mangot Vulcin au Lamentin dans les 48h suivant le prélèvement.

6- APRES LA SORTIE PRECOCE

6.1- Les visites à domicile

La sage-femme libérale effectue une visite à domicile le lendemain de la sortie de la patiente. Elle effectue la surveillance et prodigue les soins appropriés à la mère et à l'enfant. Selon ses observations, si cela est nécessaire, elle oriente la patiente et/ou le nouveau-né vers le professionnel de ville approprié ou vers l'hôpital. Dans ce dernier cas, elle suivra la procédure de ré-hospitalisation de la mère ou du nouveau-né, correspondant à chaque maternité (section 7).

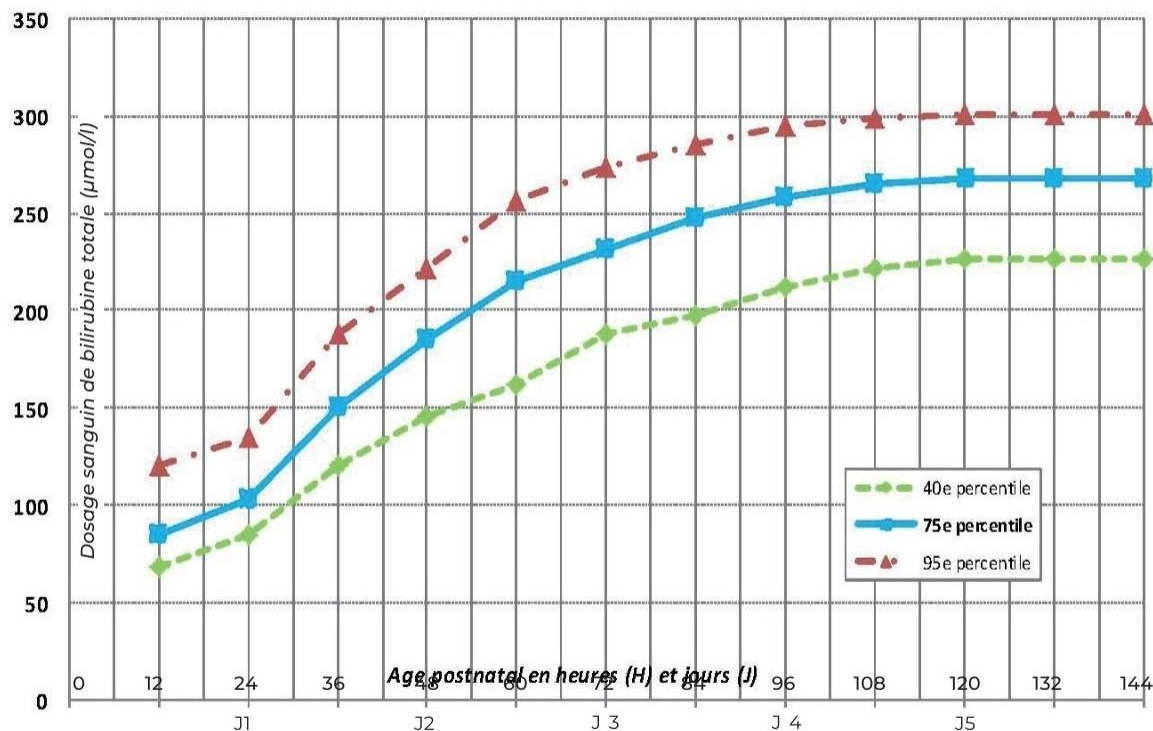
Cas particuliers :

Si la patiente ne se rend pas disponible pour la visite le lendemain ou le surlendemain de la sortie, la sage-femme libérale devra prévenir le service de maternité d'origine qui prendra alors les dispositions nécessaires.

6.2- La surveillance de l'ictère néonatal

L'ictère « pathologique » correspond à une hyperbilirubinémie dépassant le 95^e percentile des valeurs de bilirubinémie totale pour l'âge.

Schéma n°1 : Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre (Btc ou flash)
Référentiel des bilirubinémies « normales » pour le nouveau-né ≥ 35 SA classées en percentile
Nomogramme d'après Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999



Au retour à domicile, la sage-femme libérale procède à l'évaluation de l'état général de l'enfant, de l'interaction mère-enfant, de l'alimentation, du poids et à la quantification de l'ictère. La sage-femme libérale s'engage à effectuer une mesure de la bilirubine transcutanée le lendemain de la sortie précoce. Si exceptionnellement la mesure de la bilirubine transcutanée n'est pas effectuée à J3, elle est effectuée au plus tard à J4 en l'absence de signes cliniques évocateurs d'ictère.

Le résultat de la bilirubine transcutanée est inscrit dans le carnet de santé de l'enfant.

Dans le cas où ce test ne peut être effectué pour des raisons techniques liées au bilirubinomètre **et** en cas de doute clinique (discordance entre évaluation visuelle et résultat du bilirubinomètre), le nouveau-né sera réadressé pour évaluation, en fonction du lieu de naissance, aux services de la MFME ou au service maternité de la Clinique Saint-Paul. Dans ce cas, il est préférable d'appeler en amont les services d'origine.

Suites de couches de la MFME : 0596 70 93 10.

Suites de couches de la Clinique Saint-Paul : 0596 39 40 45.

Les courbes utilisées pour l'évaluation de l'ictère via le bilirubinomètre sont issues de la Société Française de Néonatalogie (cf schéma n°1 et annexe 4). Un réadressage à la maternité d'origine est à effectuer pour une valeur de bilirubine transcutanée entre le 75^e et le 95^e percentile. Un contrôle par dosage de la bilirubine sanguine devra être réalisé dans les 12 heures. Pour ce contrôle sanguin, il est préférable de réadresser le nouveau-né à la maternité d'origine, MFME ou Clinique Saint-Paul.

En cas de dépistage d'un ictère néonatal grâce au bilirubinomètre (valeur $\geq$ 95^e percentile) ou en cas de suspicion clinique d'un ictère avec présence de signes cliniques inquiétants, le nouveau-né sera adressé aux urgences pédiatriques de la MFME et ce quel que soit le lieu de naissance. Dans ce cas il est conseillé, d'appeler le service des urgences pédiatriques en amont (0596 55 69 54) et de leur adresser un courrier. La sage-femme libérale tracera son suivi et son évaluation dans le carnet de santé de l'enfant.

6.3- La consultation pédiatrique

La consultation pédiatrique entre J6 et J10 sera assurée par le pédiatre de ville, le médecin de PMI ou le médecin traitant. Il est préférable de programmer ce rendez-vous dès la maternité.

La sage-femme libérale s'assurera que la visite pédiatrique entre J6 et J10 a bien été effective.

La HAS précise qu'« un autre examen du nouveau-né peut être organisé entre le 11^e et le 28^e jour postnatal, selon l'appréciation du médecin ayant réalisé l'examen pédiatrique précédent ».

6.4- Les recommandations à la mère et aux parents lors de sorties précoces

Il est nécessaire de préciser aux parents de contacter la sage-femme libérale ou le 15,

- **Dans les cas suivants pour l'enfant :**

- Une température $\geq$ 38°C, ou une température trop basse : $< 36,5^{\circ}\text{C}$ persistante : la température reste basse, 2 heures après l'avoir bien couvert (bonnet, brassière en laine, gigoteuse),
- Une gêne respiratoire,
- Une diarrhée (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes) associées ou non à des vomissements,

- Une absence de selles depuis plus de 48h au cours de la première semaine de vie,
 - Une jaunisse associée à des difficultés d'alimentation (bébé endormi) ou à des selles très pâles ou blanches,
 - Une jaunisse persistante isolée,
 - Un comportement inhabituel : très agité, cris aigus ou au contraire peu réactif, cris faibles, ne s'apaisant pas.
- **Dans les cas suivants pour la mère :**
 - Une température $\geq 38^{\circ}\text{C}$,
 - Des saignements hémorragiques (plusieurs maxi-serviettes hygiéniques en deux heures),
 - Des saignements malodorants,
 - Des signes de phlébite : douleur, rougeur, gonflement ou chaleur au niveau d'un mollet.

7- RE HOSPITALISATION DE LA MERE OU DE L'ENFANT

7.1- Ré hospitalisation de la mère

En cas de nécessité de ré hospitalisation de la mère, cette dernière devra être adressée au service des urgences de son lieu d'accouchement. Il est recommandé d'adresser un courrier et un compte-rendu du suivi postnatal effectué, idéalement dans le carnet de maternité.

S'il y a nécessité de faire appel au SAMU, il sera utile de leur préciser le lieu d'orientation (MFME ou Clinique Saint-Paul).

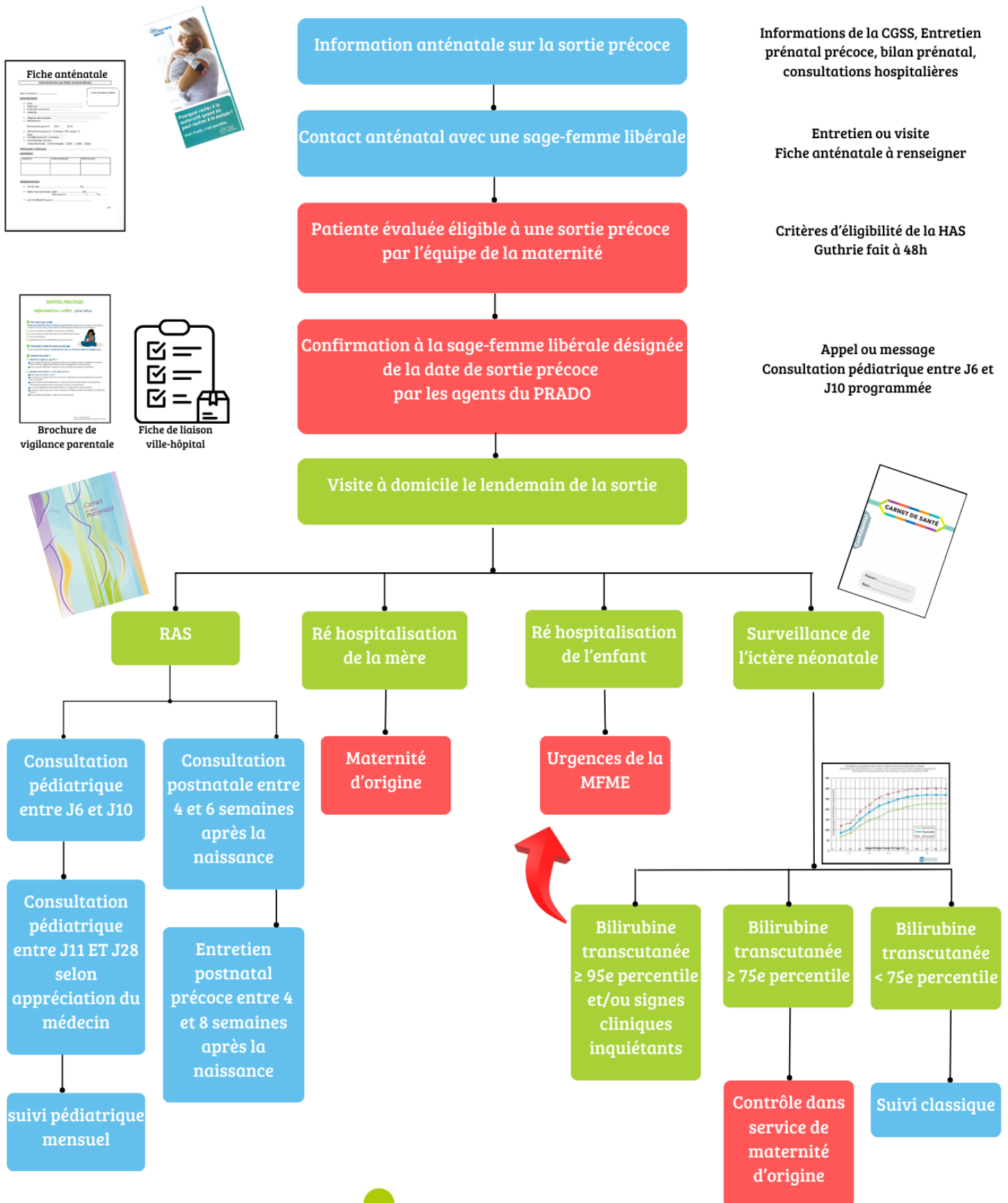
7.2- Ré hospitalisation de l'enfant

Quel que soit le motif de ré hospitalisation de l'enfant, les parents seront adressés aux urgences pédiatriques de la MFME en dépit du lieu de naissance. Dans ce cas il est conseillé, d'appeler le service des urgences pédiatriques en amont (0596 55 69 54) et de leur adresser un courrier. Le médecin de ville ou la sage-femme libérale tracera son suivi et son évaluation dans le carnet de santé de l'enfant.

8- LOGIGRAMME DU PARCOURS

Cf page suivante.

PARCOURS SORTIE PRECOCE



FICHE ANTENATALE pour PROJET de SORTIE PRECOCE

DATE 1ER CONTACT :

Cachet Sage-femme Libérale

IDENTITÉ PATIENTE

- NOM.....
- PRÉNOMS.....
- DATE DE NAISSANCE :/...../.....
- ADRESSE.....
- Téléphone (fixe et portable):.....
- PROFESSION

Exercée pendant grossesse ☐oui ☐non

- SITUATION FAMILIALE : ☐Vit seule ☐En couple ☐

Autre :

- NOMBRE ENFANTS À CHARGE :

COUVERTURE SOCIALE :

☐Sécurité Sociale ☐SS et Mutuelle ☐CMU ☐AME ☐Sans

PERSONNE À PRÉVENIR :

ANTÉCÉDENTS

MÉDICAUX	GYNECOLOGIQUES	OBSTETRIKAUX

GROSSESSE ACTUELLE

- SUIVIE PAR :Tel :
- DÉBUT DE GROSSESSE : DDR :DG.....
Echo précoce leàSA+.....
- ✓ ACCOUCHEMENT prévu le

1/2

CONSULTATION PRÉNATALE

- ✓ TERME :SA+.....j
- ✓ CONDITIONS DE VIE À DOMICILE :
☐ absence de critères psychosociaux défavorables
☐ autre :
.....
- ✓ PRÉPARATION À LA NAISSANCE : ☐ OUI par
☐ NON (refus)

INFORMATIONS DONNÉES

- ☐ Séjour court en Maternité (conditions et contre-indications, Test de Guthrie)
- ☐ Visites et Surveillance post-natales à domicile mère-enfant
- ☐ Quand contacter la Sage-femme, coordonnées remises
- ☐ Organisation le week-end ☐ Examen pédiatrique entre J6 et J10
- ☐ Circuit de Ré-hospitalisation

OBSERVATIONS :

CERTIFICAT D'ENTRETIEN PRENATAL

Je soussignée Madame

Reconnait avoir été informée des conditions et de la procédure de mise en place de la sortie précoce.

Dans ce cadre, je serai informée des possibilités de la réalisation de ce projet au moment de mon accouchement et/ou au cours du séjour à la maternité.

Je pourrai à tout moment revenir sur ma décision Signature

- ☐ Patiente éligible
- ☐ Patiente non-éligible

Nom et Signature de la Sage-femme

Numéro à contacter

2/2

SORTIES PRECOCES

Informations utiles pour vous

► Ne restez pas isolée

Parlez aux professionnels de santé qui vous entourent (sage-femme, médecin, puéricultrice, auxiliaire de puériculture, pharmacien, kinésithérapeute, professionnels de PMI, etc.).

- En cas de tristesse, irritabilité, sentiment de culpabilité.
- En cas de perte d'urines à l'occasion d'un effort même minime.
- En cas de douleurs.
- Quelles que soient les difficultés que vous rencontrez.



► Demandez l'aide de votre entourage

Il est normal d'être fatiguée : **prenez soin de vous, ne restez pas isolée et ménagez-vous.**

► Quand consulter ?

➤ Appelez les urgences (☎ 15) si :

- ☛ vous saignez beaucoup : le sang qui coule est très rouge, mouille complètement plusieurs maxi-serviettes hygiéniques en deux heures. Le saignement ne diminue pas.
- ☛ vous avez des difficultés à respirer ou vous ressentez une douleur à la poitrine.

➤ Appelez votre médecin ou votre sage-femme si :

- ☛ vous avez de la fièvre (> 38°C).
- ☛ vos seins sont rouges et font mal. Vous avez l'impression d'avoir la grippe et vous pouvez avoir de la fièvre.
- ☛ vous constatez des changements au niveau de la cicatrice (périnéale ou de césarienne) : elle devient plus douloureuse, très rouge voire avec un écoulement.
- ☛ vos pertes vaginales sont malodorantes ou vos saignements vous inquiètent.
- ☛ vous avez mal lorsque vous urinez : sensation de brûlure en allant aux toilettes, ou difficultés à uriner.
- ☛ Vos jambes sont gonflées, rouges voire douloureuses.

Source : www.has-sante.fr :

Sortie de maternité. Préparez votre retour à la maison

SORTIES PRECOCES

Informations utiles concernant votre bébé



► Ne restez pas isolée

Pendant le premier mois, les professionnels de la PMI, en plus de votre pédiatre ou de votre sage-femme, peuvent vous conseiller notamment :

- ☛ sur les soins, le bain, les massages, le portage,
- ☛ sur l'alimentation, les vitamines D et K,
- ☛ sur toutes autres interrogations.

► Demandez l'aide de votre entourage

Si vous ne supportez plus les pleurs de votre bébé, solliciter une personne présente pour prendre le relais. Sinon posez le bébé dans son berceau, surtout ne le secouez pas. Sollicitez un soutien auprès d'un professionnel de santé : sage-femme, médecin, puéricultrice ...

► Consultez rapidement, si votre bébé

- ☛ A de la fièvre (> 38°C) ou une température trop basse (< 36,5°C).
- ☛ Est gêné pour respirer.
- ☛ A de la diarrhée (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes) surtout si associées à des vomissements.
- ☛ N'a pas de selles depuis 48h au cours de la première semaine de vie.
- ☛ A une jaunisse associée à des difficultés d'alimentation (bébé endormi) ou à des selles très pâles ou blanches.
- ☛ A un comportement inhabituel : très agité, cris aigus ou au contraire peu réactif, cris faibles.

► Sa sécurité

- ☛ Couchez votre bébé uniquement sur le dos, seul dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une « gigoteuse » ou « turbulette » adaptée à sa taille, sans couverture ni oreiller ni couette.
- ☛ Ne le couvrez pas trop.
- ☛ Ne laissez jamais votre bébé seul même quelques instants : dans son bain, sur la table à langer, sur un lit d'adulte, dans la voiture, à la garde d'un autre enfant, avec un animal même familier.
- ☛ Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.
- ☛ Ne fumez pas en présence de votre bébé.
- ☛ En voiture, attachez votre bébé avec un dispositif homologué adapté à son poids.

► Son carnet de santé

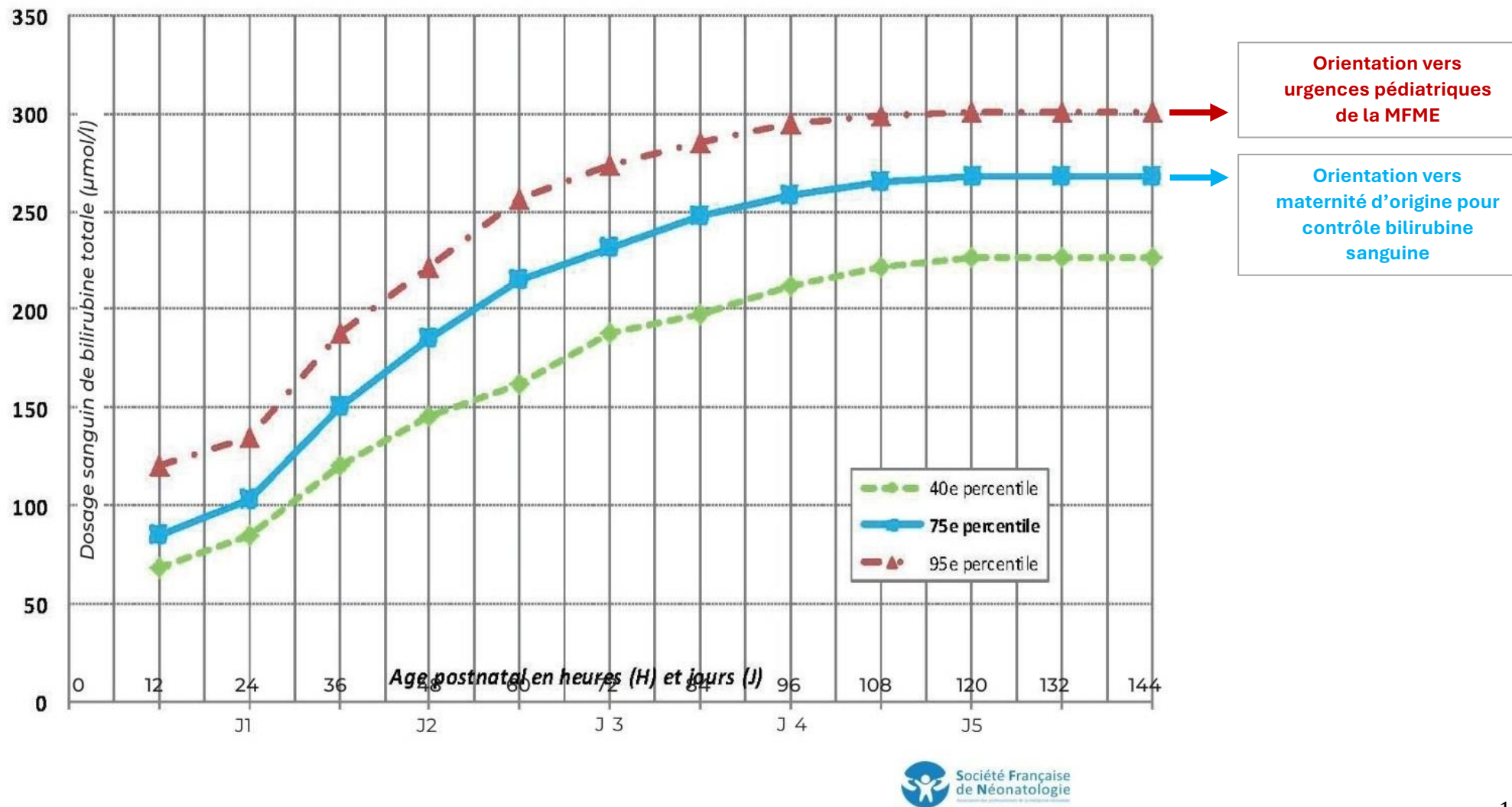
- ☛ Remis à la maternité, il est le lien indispensable entre les différents professionnels et vous.
- ☛ Conservez-le dans le sac du bébé.
- ☛ Vous y trouverez de nombreux conseils importants.

Source : www.has-sante.fr :

Sortie de maternité. Préparez votre retour à la maison

Annexe 4

Surveillance quotidienne de l'ictère à l'aide du bilirubinomètre (Btc ou flash)
Référentiel des bilirubinémies « normales » pour le nouveau-né ≥ 35 SA classées en percentile
Nomogramme d'après Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM, Pediatrics, 1999



Indications de photothérapie intensive (PTI) et d'exsanguino-transfusion (EST) pour le nouveau-né de 35 SA et plus

(adapté American Academy of Pediatrics; clinical practice guidelines. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004; 114(1):297-316.)

Indications selon le dosage sanguin de bilirubine totale ou BTS (sans soustraction de la bilirubine conjuguée) exprimée en $\mu\text{mol/l}$ pondérée par l'âge post-natal et la présence ou non de conditions à risque aggravé de neuro-toxicité de la bilirubine.

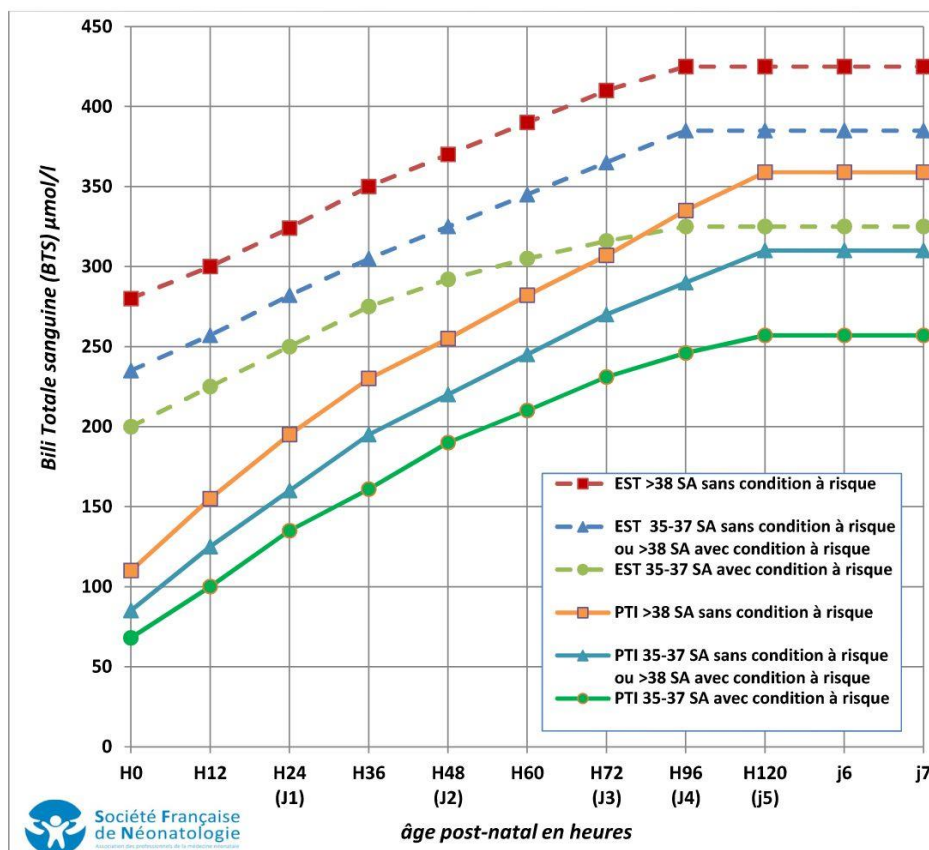
Conditions à risque majoré de neuro-toxicité de la bilirubine :

Processus hémolytique (Allo et iso-immunisation, déficit en G6PD....) ; signes neurologiques (léthargie, refus de boire, hyper-excitabilité, cri aigu...) ; acidose et hypoxie ; instabilité thermique ; infection ; hypoalbuminémie avérée ($<40\text{g/l}$) ou suspectée (prématurité, hypotrophie...)

Si absence de dispositif de photothérapie intensive poser une indication pour des valeurs de dosage de bilirubine totale à $50\mu\text{mol/l}$ plus basses que celles indiquées sur ces courbes

Attention :

- l'absence de réponse du bilirubinomètre transcutané témoigne d'une hyperbilirubinémie dépassant les capacités de mesure ($>350\mu\text{mol/l}$) et indique un démarrage de la PTI sans attendre le dosage de bilirubine
- Discuter une exsanguino-transfusion sans délai avec niveau 3 de néonatalogie du réseau ou CNRHP si dosage de bilirubine totale est $100\mu\text{mol/l}$ au-dessus de l'indication de PTI
- une hyperbilirubinémie sévère avec signes d'encéphalopathie aigüe avancée (troubles de la vigilance, convulsions, retrocolis, opisthotonos,...) est une indication formelle d'exsanguino-transfusion.



Groupe de travail « ictère » SFN – 2013/2015