

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

Avertissement : Ce document est un guide d'aide pour la prise en charge des femmes et de leur futur enfant à naître.

Il s'agit de propositions qui pourront être, le cas échéant, adaptées par les soignants à chaque personne en fonction de la situation médicale et organisationnelle. Elles ne sont pas médicalement opposables.

1. OBJET

Démarche en soins palliatifs en salle de naissance : aide à la prise en charge des parents et de leur nouveau-né ; cadre légal et administratif.

2. DOMAINE D'APPLICATION

Pour les équipes soignantes prenant en charge les patientes enceintes et les nouveau-nés.

3. DOCUMENTS ASSOCIES

RPNA - Fiche d'entretien anténatal soins palliatifs en salle de naissance

RPNA – Guide de prise en charge de la douleur en soins palliatifs néo-nataux

Flyer RPNA - Soins palliatifs en périnatalité

Flyer RPNA - Enfant né sans vie

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des dispositions concernant les mort-nés et les nouveau-nés vivants puis décédés

Annexe 2 : Modèle Officiel CERFA Certificat médical d'accouchement

4. ABREVIATIONS

CMA : Certificat Médical d'Accouchement

DAN : Douleur Aigue du Nouveau-né

ERRSPP : Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KTVO : cathéter veineux ombilical

NFCS : Neonatal Facial Coding System

SA : Semaines d'Aménorrhée

SP : Soins Palliatifs

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

5. PRISE EN CHARGE

A. Préambule

Le choix de privilégier le recours à des soins palliatifs, s'il constitue une réponse moralement souhaitable et légalement obligatoire est cependant loin d'être une évidence.

L'accès aux soins palliatifs est prévu comme une alternative à l'obstination déraisonnable dans la loi 2016-87 relative à la fin de vie du 2 février 2016 dite loi Leonetti-Claeys.

Ils sont définis par l'article L1110-10 du Code de Santé publique comme « des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Ils s'appliquent, en médecine de l'adulte, à des affections graves, évolutives et entraînant la mort. Initialement centrés sur le temps de l'agonie, ils ouvrent aujourd'hui un temps d'échange et de contact qui se terminera par le décès, à un moment indéterminé. La réflexion est plus récente en pédiatrie.

Le développement des soins palliatifs pédiatriques représente une véritable révolution de pensée en remettant parfois en question la finalité de la fonction de soignant et en abordant la mort de l'enfant. Les soins palliatifs s'élaborent et se construisent autour de l'enfant avec cette ambivalence : investir un sujet vivant en sachant qu'il est potentiellement mourant.

En médecine néonatale, les soins palliatifs s'élaborent pour certaines affections congénitales graves issues du diagnostic anténatal, à la demande des parents en cas de refus de l'interruption de grossesse, de naissances compliquées, à l'extrême limite de la viabilité, ou de nouveau-nés pour lesquels l'accès aux soins palliatifs devient une alternative à des soins curatifs lourds disproportionnés devant un pronostic péjoratif. Seule l'acceptation du pronostic défavorable permet aux équipes et aux parents d'envisager le renoncement des soins curatifs pour adhérer à la démarche palliative.

Le projet de soins palliatifs devient alors un projet de vie particulier, délivré des contraintes curatives d'une durée impossible à préciser. Utiliser ce temps pour permettre une rencontre de l'enfant et de sa famille nécessite une réflexion structurée de la part des équipes. L'objectif de ce document est d'initier et de guider cette réflexion.

B. Précautions

Ce document est un guide pour faciliter la décision.

Toutes les situations ne peuvent être prévues, et chaque cas est particulier.

Une limite fixée sur le seul âge gestationnel n'est pas éthique. Les décisions doivent être prises en conformité avec la loi.

Ces recommandations ne sont pas opposables ; elles sont destinées à changer et à évoluer selon le projet de naissance en soins palliatifs élaboré avec le couple.

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

Les soins palliatifs néonataux reposent sur 3 étapes indispensables :

Identification d'une situation d'obstination déraisonnable avérée ou potentielle.
Réflexion et décision collégiale de réorientation thérapeutique avec information claire des parents et recueil de leur avis.
Elaboration et mise en œuvre du projet de soins en tenant compte du bien-être de l'enfant et de sa famille.

6. SITUATIONS DE SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE

A. L'extrême prématurité

- Aux âges extrêmes de la limite de la viabilité une analyse obstétrico-pédiatrique du pronostic est nécessaire prenant en compte, outre le terme, le poids estimé, la corticothérapie maternelle anténatale reçue ou non, le caractère inborn ou non, etc... pour évaluer l'opportunité d'une prise en charge réanimatoire ou au contraire proposer des soins palliatifs.
- Après cette analyse individualisée de la situation il est nécessaire d'informer les parents, si possible ensemble, et de recueillir leurs avis afin de trouver le meilleur projet de soins pour l'enfant à venir.
- En l'absence d'orientation exprimée par le couple, l'équipe médicale lui propose une attitude et recherche son consentement.
- La réflexion pour la prise de décision peut être aidée par des échanges obstétrico-pédiatriques avec les équipes de type III.

B. Enfants porteurs de pathologies d'une gravité particulière

- Enfants porteurs de polymalformations de diagnostic prénatal ou post natal immédiat, incompatibles avec une vie prolongée et/ou une qualité de vie jugée acceptable, en concertation avec les parents.

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

7. ORGANISATION

A. Informations

- **La discussion prénatale**, dans le cas où l'on dispose de suffisamment de temps, repose sur une discussion obstétrico-pédiatrique et sur une concertation avec les parents afin d'aboutir à l'élaboration d'un projet de naissance en soins palliatifs personnalisé.

- Hors contexte d'urgence, cette discussion peut avoir lieu en plusieurs temps selon la disponibilité psychique des parents et leur cheminement en s'assurant de leur niveau de compréhension en prévoyant un interprète si besoin.

- **La décision prise** doit être transcrite clairement dans le dossier obstétrical (Cf Fiche d'entretien anté-natal aux soins palliatifs en salle de naissance du RPNA) ainsi que les souhaits éventuels des parents concernant leur présence auprès de l'enfant et des rites à respecter.

- Envisager les situations cliniques obstétricales et/ou pédiatriques et les solutions potentielles que l'on peut apporter.
- Inviter les parents à poser toutes leurs questions, et à partager leurs émotions spontanément au fur et à mesure du cheminement.
- Proposer la présence d'un représentant du culte selon la religion du couple.
- Proposer aux parents la possibilité d'impliquer la fratrie, les grands-parents ou toute personne ressource de leur choix (les parents décideront de la pertinence de leur présence en fonction de l'âge et la maturité affective de leurs enfants).
- Evoquer avec les parents l'incertitude de la durée de vie et la possibilité de transfert du nouveau-né en service d'hospitalisation (néonatalogie, unités kangourou ...voir retour à domicile), en tenant compte de l'organisation des soins des autres services.
- Respecter l'évolution des choix des parents.
- Possibilité d'évoquer les différentes étapes du deuil (et les réactions émotives associées) auprès des parents.
- Informer les parents de la possibilité d'un suivi psychologique à tout moment.
- Orienter vers un soutien social pour les démarches administratives post décès.

- **Dans les situations inopinées**, lorsqu'aucune discussion anténatale n'a pu se tenir avec les parents ou lors de la non-adhésion des parents à une décision de SP, il peut être nécessaire de réaliser une réanimation d'attente, adaptée à la vitalité de l'enfant à la naissance. En cas d'échec de celle-ci, on expliquera aux parents que la survie de l'enfant n'a pas été possible.

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

B. Environnement et accompagnement

- Offrir à la famille un environnement intime, calme, empreint de compassion, respectueux des différences familiales, culturelles, spirituelles.
- Proposer et permettre aux parents d'être accompagnés par les membres de leur famille.
- Discuter en équipe du professionnel qui se sent le plus ressource pour accompagner la famille.
- Offrir une écoute attentive, tout en respectant leur besoin d'intimité avec leur bébé.
- Respecter le rythme des parents et les laisser cheminer et changer d'avis (rencontre avec le bébé...).
- Aider le processus de séparation, à la suite du décès du bébé, en rassurant les parents quant à la prise en charge respectueuse et délicate de leur bébé décédé (et possibilité de revoir le bébé au besoin durant la période d'hospitalisation de la mère).

C. Lors de l'admission de la patiente en salle de travail

- Appel du pédiatre et discussion de l'équipe qui va accueillir l'enfant avec les parents afin de vérifier la persistance de leur adhésion au projet.
- La présence d'un psychologue peut être une aide.
- Lors de l'élaboration du projet de soins palliatifs, il est important de préparer les parents aux évolutions possibles (gasp, refroidissement, changement de couleur...) et à l'incertitude sur le temps de vie de leur enfant.
- Évaluer les informations intégrées par les parents et ne pas hésiter à les reformuler. Connaître leurs souhaits, mais aussi leurs appréhensions et interrogations.
- Décrire aux parents ce que l'on assurera à l'enfant (respect, chaleur, portage, soulager la douleur).
- Ne pas proposer ni attendre de réponses figées ou définitives ; le déroulement ne se fera peut-être pas comme envisagé.

D. À la naissance de l'enfant

Les parents souhaitent accueillir leur enfant accompagné avec l'équipe :

- Limiter les gestes douloureux.
 - Être attentif aux bruits, à la luminosité.
 - Sécher en douceur, envelopper, mettre un bonnet pour lutter contre le refroidissement avec habillage éventuel.
 - Proposer aux parents d'être présents et/ou acteurs dans les gestes.
 - Évaluer la douleur et instaurer un traitement antalgique adapté à l'état clinique de l'enfant.
 - Rassurer régulièrement les parents quant aux soins donnés pour assurer le confort de leur bébé, et vérifier leurs perceptions de son confort.
 - La surveillance du rythme cardiaque est à adapter au comportement des parents : pas de scope et monitoring systématique.
- Possibilité pour les parents d'accompagner leur enfant jusqu'au décès (ceci ne doit pas leur être imposé) :

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

- L'enfant selon le souhait des parents peut être mis dans les bras, en peau à peau, ou être accompagné par leur parole et le toucher
- La visite des autres membres de la famille doit être possible
- Respect des rites religieux
- La présence des soignants doit s'adapter au cas par cas
- Respecter l'intimité
- Proposer de prendre une photo

Si les parents ne souhaitent pas accueillir leur enfant ni assister aux soins, ceux-ci seront prodigués dans un autre lieu dans les meilleures conditions possibles avec bienveillance par une équipe préparée à cet accompagnement spécifique.

- Les gasps doivent être anticipés et expliqués (« respiration terminale »)
 - Respiration réflexe entrecoupée d'apnées
 - Impressionnent souvent plus les soignants que la famille
 - Insister sur le fait que le nouveau-né est inconscient et qu'il n'y a pas de souffrance
 - Augmentation de la sédation-analgésie efficace sur la souffrance mais peu efficace sur les gasps.
- Déclaration de l'heure du décès.

La réalisation des SP à la naissance implique de laisser les parents profiter de ces moments de vie pour les aider à inscrire leur enfant dans l'histoire familiale. Ces derniers peuvent durer de quelques minutes à plusieurs semaines pendant lesquels il faut s'assurer que le nouveau-né ne souffre pas.

E. Après le décès

- Laisser l'enfant autant que souhaité avec ses parents.
- Proposer soins, toilettes et habillage ou autres rituels par les parents ou les proches.
- Laisser des traces mémorielles (photos, empreintes, mèche de cheveux ...) à remettre aux parents ou à laisser dans le dossier médical pour une consultation ultérieure.
- Inscrire la prise en charge dans le dossier de l'enfant, remplir le carnet de santé.
- Penser à avertir la Protection Maternité Infantile (PMI) qui recevra un avis de naissance, mais qui n'est pas forcément mis au courant du décès.

F. A distance

- Proposer une consultation à distance (2 mois) avec la personne référente (gynéco-obstétricien et/ou pédiatre et/ou psychologue et/ou sage-femme coordinatrice).
- Proposer une réunion d'échanges pour l'équipe avec psychologue ou avec l'ERRSPP.

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

8. TRAITEMENT DE LA DOULEUR ET DE L'INCONFORT

Ce traitement vise à soulager la douleur et l'inconfort et non à accélérer le décès.

- Positionnement : peau à peau, cocon, limiter la lumière vive et les bruits.
- Traitement à adapter au score de Douleur
 - **NFCS** : Neonatal Facial Coding System (grands prématurés)
 - **Score de DAN** : douleur aigue du nouveau-né

En pratique

- **Chlorhydrate de Morphine et Midazolam (Hypnovel®)** en 1ère intention
 - si DAN >0 ou NFCS >0
 - Voie sublinguale
 - KTVO si voie sublinguale insuffisante

Médicament	Voie sublinguale	Voie d'administration IV
Chlorhydrate de morphine (Ampoule de 10mg/ml) Analgésique 1 ^{ère} dilution solution A : 1ml=10 mg + 9 ml de G5%. (1ml =1mg). 2 ^{ème} dilution : 1 ml de solution A + 9 ml de G5%. (1ml =100µg)	0.3 à 0.5 ml / kg à augmenter et renouveler si nécessaire (puis toutes les 4 à 6h) soit 30 à 50 µg/Kg	En IV : en bolus de 0.5 à 1 ml/kg toutes les 2 à 4 h ou en continu à 0.2ml/kg/h en augmentant selon évaluation de la douleur/10 mn par paliers de 0.2ml/kg/h soit 50 à 100µg/Kg toutes les 2 à 4h ou en continu à 20µg/kg/h
Midazolam (Ampoule de 5mg/5ml) Hypnotique Faire dilution 1ml = 1mg+9 ml G5% (1ml = 100µg)	2 à 3 ml/kg à renouveler si nécessaire soit 200 à 300µg/kg	En IV : débiter la perfusion à 0.5ml/kg/h puis augmenter selon évaluation de la douleur/10mn par paliers de 0.5ml/kg/h soit 50µg/Kg/h

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

9. ECHELLES DE DOULEUR

A. Score NFCS sur 4

Sourcils froncés	0 : absent ; 1 : présent
Paupières serrées	
Sillon naso-labial accentué	
Ouverture des lèvres	

B. Score DAN sur 10

Réponse faciale		
Calme		0
Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux		1
Contraction des paupières, froncement des sourcils, accentuation des sillons nasogéniens	Légers, intermittents	1
	Modérés	2
	Marqués	3
Mouvements des membres		
Calme ou mouvements doux		0
Intensité : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides, agitation des bras, retrait	Légers, intermittents	1
	Modérés	2
	Marqués	3
Expression vocale de la douleur		
	Absence de plainte	0
	Gémit brièvement	1
	Cris intermittents	2
	Cris de longue durée	3

10. ETAT CIVIL

Cf Annexe 1 : Tableau récapitulatif des dispositions concernant les mort-nés et les nouveau-nés vivants puis décédés.

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

Suite à la parution de [la circulaire du 19 juin 2009](#), et [la loi du 6 décembre 2021](#) ce qu'il faut retenir :

Dans le cas de l'enfant présumé viable : ≥ 22 SA et/ou ≥ 500 g né vivant puis décédé (y compris IMG sans réalisation de geste d'arrêt de vie fœtale)

La déclaration à l'état civil est obligatoire avec établissement d'un acte de naissance et d'un acte de décès :

- Délai de 5 jours pour la déclaration de naissance, puis déclaration de décès.
- Inscription à l'état civil (registre des naissances et des décès) et sur le livret de famille obligatoire avec prénom(s) et patronyme.

Prise en charge du corps, funérailles

- Funérailles obligatoires à la charge de la famille
- Dans les 6 jours suivant la remise du corps à la famille. (Délai repoussé de 4 semaines maximum en cas d'autopsie) (Conseiller de faire plusieurs devis car prix variables et possibilité d'aides financières).

Transport de corps et mise en bière réglementés (48h maxi à compter du décès par les pompes funèbres) Autorisation de fermeture du cercueil.

Dans tous les autres cas :

- **Né-Non viable < 22 SA et < 500 g (très rarement accompagnement en soins palliatifs mais la situation peut exister)**
- **≥ 22 SA et/ou ≥ 500 g Mort-né, Mort fœtale in utéro ou IMG avec geste d'arrêt de vie fœtale**

Certificat Médical d'Accouchement (CMA) : Cf annexe 2 - modèle CERFA N°13773-02

Rédaction d'un certificat médical d'accouchement mentionnant l'heure, le jour et le lieu de l'accouchement.

Il est établi par un médecin ou une sage-femme ayant assisté à l'accouchement, en vue d'une demande d'établissement d'un **acte d'enfant sans vie** (ESV) auprès de l'officier d'état civil.

Le CMA est établi par un médecin ou une sage-femme quand il y a :

- Réalité d'un accouchement
- Recueil d'un corps formé et sexué

Le CMA ne dépend pas du type de décès (spontané ou IMG).

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

Il peut donc être réalisé, **après 15 SA** :

- Quand l'enfant est "mort-né", même s'il était présumé viable ($\geq 22\text{SA}$ **et/ou** $\geq 500\text{g}$)
- En cas d'IMG avec réalisation du geste d'arrêt de vie fœtale (fœticide)
- Quand l'enfant est « né vivant mais non viable" ($<22\text{ SA}$ **ou** $<500\text{g}$)

En revanche, il n'y a pas d'établissement de CMA en cas :

- d'IVG (jusqu'à 16 SA)
- de curetage aspiratif
- de fausse couche spontanée précoce ($<15^{\text{ème}}$ SA).
- de recueil de « masses fœtales tissulaires »

Dans ce cas, le praticien doit noter dans le dossier de la mère les motifs de non-établissement d'un CMA.

Acte d'enfant sans vie :

Si l'enfant est mort-né ou né vivant mais non viable.

Cet acte est établi, à la demande des parents, par le service des décès de l'état civil de la mairie du lieu d'accouchement.

Depuis la loi du 6 décembre 2021, il permet d'établir une filiation. Un ou des prénom(s) peuvent être donnés, ainsi qu'un nom qui peut être soit le nom du père, soit le nom de la mère, soit deux noms accolés.

Possibilité :

- Les parents non mariés, dont l'enfant sans vie est leur 1er enfant, peuvent demander un livret de famille.
- Peut-être rétroactif (pour les accouchements postérieurs au 11/01/1993).
- Les soignants de périnatalité doivent informer les parents de la possibilité que la déclaration à l'état civil d'un enfant sans vie est une démarche parentale, non obligatoire, volontaire et sans délai.
- Si l'enfant a un acte d'enfant sans vie, ses funérailles sont possibles mais non obligatoires.
- Si la famille ne prend pas en charge les funérailles, l'hôpital doit faire procéder à l'inhumation ou à la crémation du corps (collective en crématorium), après 10 jours, prorogés de 4 semaines en cas d'autopsie.

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

11. Références réglementaires

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « Loi Leonetti »
- Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relatif aux droits des malades et la fin de vie et modifiant le code de Santé (disposition réglementaires)
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite « Loi Claeys Leonetti »
- Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 modifiant le code civil relative à l'état civil, à la famille et aux droits de l'enfant et instituant le juge aux affaires familiales
- Loi n° 2020-692 du 8 juin 2020 visant à améliorer les droits des travailleurs et l'accompagnement des familles après le décès d'un enfant
- Loi n° 2021-1576 du 6 décembre 2021 visant à nommer les enfants nés sans vie
- Circulaire DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS no 2009-182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.
- Circulaire N° DSS/2A/2006-166 DU 12 AVRIL 2006 relative à la période supplémentaire de congé maternité des mères d'enfants prématurés hospitalisés
- Circulaire du 8 juin 2005 précisant le droit des prestations versées par la C.A.F
- Avis du CCNE N° 65 du 14 septembre 2000 disponible sur internet : avis 65.PDF (ccne-ethique.fr)
- Codes de déontologie
- Code de la santé publique art. L. 1110-5, art. L. 1110-9, art. L1110-10)
- Code de la sécurité sociale, Article L331-4 sur le droit à congé de maternité
- Classification internationale statistique des maladies et des problèmes de santé connexes CIM 10 FR à usage PMSI, Volume 1, publiée au Bulletin officiel spécial n° 2022/9 bis

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

12. Bibliographie

- A practice of anesthesia for infants and children. 4th edition. CJ Cote et al. 2008
- COMFORTneo scale. comfort_assessment :: Formulaire de notation échelle COMFORTneo (comfortassessment.nl)
- Diagnostic prénatal, interruption de grossesse non souhaitée et soins palliatifs, S.Parat et E.Azria, JNN 2011
- Echelle de Douleur Aiguë du nouveau-né. Echelle DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né) – Pediadol
- La mise en oeuvre pratique des soins palliatifs dans les différents lieux de soins : 3e partie des réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale. P Bétrémieux, F Gold, S Parat, C Farnoux, M Rajguru, C Boithias, D Mahieu-Caputo, J-M Jouannic, P Hubert, U Simeoni. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 :420-425 GUIDE POUR LA PRISE EN CHARGE PALLIATIVE NNES VF 02-11-22
- Soins palliatifs e néonatalogie : analyse et évolution des pratiques sur 5 ans dans un centre de niveau 3. N Mazille, SLitzler-Renault, I Weder, L donato, D Astruc, P Kuhn. Archives de Pédiatrie 2014 ; 21 :177-183
- Protocole type d'examen autopsique foetal ou néonatal. HAS 2014. Téléchargeable sur : Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles (has-sante.fr)
- Réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale. 1re partie : considérations générales. P Bétrémieux, F Gold, s Parat, L Caeymaex, C Danan, P De Dreuzy, D Vernier, M/L Viallard, P Kuhn. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 :409-412
- Construction d'un projet de soins palliatifs chez le nouveau-né : 2e partie des réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale. P. Bétrémieux, F gold, S Parat, G Moriette, M-L Huillery, J-L Chambernaud, L storme, P Narcy, P deruelle, S Kracher. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 :413-419
- Problèmes liés à l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né en situation de soins palliatifs. P Kuhn, C Strub, D Astruc. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 : S59-S66
- Problèmes liés à l'évaluation de la douleur chez le nouveau-né en situation de soins palliatifs. P Kuhn, C Strub, D Astruc. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 : S59-S66
- Problems for assessing the newborns' pain in palliative care. Kuhn P et al., Arch Pediatr. 2010 Sep;17 Suppl 3: S59-66
- Soins Palliatifs, anticipation et incertitude en médecine périnatale. P Bétrémieux, M-L huillery. Médecine palliative-soins de support-Accompagnement-Ethique (2015)

	SOINS PALLIATIFS EN SALLE DE NAISSANCE	
	Mis à jour le 1/06/2023	13 pages
http://rpna.fr	Validé en juin 2023	Version 2

-Very premature births : Dilemmas and management. Second part : Ethical aspects and recommendations, Moriette G. et al. Groupe de réflexion sur les aspects éthiques de la périnatalogie. Arch Pediatr. 2010 May;17(5):527-39.

13. CODES PMSI

Z515 Soins palliatifs

P000 Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles hypertensifs de la mère

P001 Fœtus et nouveau-né affectés par des maladies rénales et des voies urinaires de la mère

P002 Fœtus et nouveau-né affectés par des maladies infectieuses et parasitaires de la mère

P003 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres maladies circulatoires et respiratoires de la mère

P004 Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles nutritionnels de la mère

P005 Fœtus et nouveau-né affectés par un traumatisme de la mère

P006 Fœtus et nouveau-né affectés par une intervention chirurgicale chez la mère

P007 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres interventions médicales chez la mère, non classées ailleurs

P008 Fœtus et nouveau-né affectés par d'autres affections maternelles

P009 Fœtus et nouveau-né affectés par une affection maternelle, sans précision