
charte constitutive
du réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées
MATERMIP

Il est constitué, entre

(les établissements non -signataires seront rayées de cette liste)

C.H.I.V.A. Foix - Pamiers

C.H.A.C. St Girons

C.H. Rodez

C.H.I.C. Millau -St Affrique

C.H. Villefranche/Rgue

Clinique St Louis St Michel (Rodez)

C.H. Decazeville

C.H.R. Toulouse

C.H. St Gaudens

Hôpital Joseph Ducuing (Toulouse)

Clinique Ambroise Paré (Toulouse)

Clinique Sarrus -Teinturiers (Toulouse)

Clinique St -Jean Languedoc (Toulouse)

Clinique de L'Union (Toulouse)

Clinique du Parc (Toulouse)

Clinique d'Occitanie (Muret)

C.H. Auch

Clinique Carlier

C.H. Cahors

Clinique du Quercy (Cahors)

C.H. Figeac

C.H. Gourdon

C.H. St Céré

C.H. Tarbes

C.H. Lourdes

C.H. Lannemezan

Clinique de l'Ormeau (Tarbes)

C.H. Albi

C.H.I.C. Castres -Mazamet
C.H. Lavaur
Clinique Escudié (Albi)
Polyclinique des Lices (Castres)
C.H. Montauban
C.H.I.C. Castelsarrasin -Moissac
Clinique Pont De Chaume (Montauban)
Clinique Croix St Michel (Montauban)
Clinique St Orens (Montauban)

un réseau périnatal, au sens de l'article L.712 -3-2 du code de la santé publique, régi par la présente charte.

Préambule

Les établissements de santé, publics et privés, signataires de cette charte, décident la création d'un réseau de soins obstétricaux et néonataux en Midi -Pyrénées, dans le cadre de la mise en oeuvre des décrets 98.899 et 98.900 du 9 Octobre 1998.

La charte s'adresse prioritairement aux établissements dotés d'un centre périnatal de proximité, d'une unité d'obstétrique (avec ou sans néonatalogie ou réanimation néonatale). Le réseau peut s'ouvrir à des établissements situés hors de Midi -Pyrénées en périphérie de la région.

Dans des conditions qui seront précisées ultérieurement, des collaborations seront établies en amont et en aval avec les médecins généralistes, les sages -femmes libérales, la PMI et toute structure sociale amenée à intervenir dans le domaine de la périnatologie.

Titre I – Constitution du réseau

Article 1-

Forme et dénomination

Il est formé entre les soussignés, et toutes autres personnes qui viendraient à en faire partie par la suite, un réseau dénommé « MATERMIP » défini par la présente convention.

Le réseau est constitué par des établissements et des professionnels de santé ayant effectué une démarche volontaire, révisable, fondée sur des liens de coopération et non de dépendance hiérarchique.

Les établissements et professionnels de santé désirant adhérer à ce mode de fonctionnement s'engagent à respecter les dispositions de la présente charte.

Conformément à l'article L.712 -3-2 du code de la santé publique la convention constitutive du réseau, ainsi que tout avenant à cette convention, sont agréés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Article 2-

Objet

Le réseau est une organisation interprofessionnelle et inter-établissement qui optimise la prise en charge en obstétrique et néonatalogie :

- en améliorant la sécurité par une meilleure adéquation entre la gravité des cas pris en charge et les moyens disponibles,
- en favorisant l'offre de proximité et en évitant chaque fois que cela s'avère possible la séparation de la mère et de l'enfant,
- en augmentant le niveau de compétence de l'ensemble des soignants.

Le réseau de soins est un guide de collaboration entre les partenaires, chaque praticien restant libre de ses décisions dans le respect des choix des parturientes qui recevront une information sur leur situation médicale et celle de leur enfant.

Titre II – Engagements

Article 3-

Subsidiarité et réciprocité

Le réseau « MATERMIP » vise à orienter chaque parturiente vers l'établissement correspondant à son besoin de soins, pour elle et son enfant, compte tenu de son lieu de résidence et du respect de son choix. Il tend à éviter les séparations mère-enfant, et à garantir les meilleures conditions médicales et psychologiques possibles.

Les principes de **subsidiarité** et de **réciprocité** président au bon fonctionnement du réseau :

- Les maternités de niveau 1 prennent en charge les accouchements des grossesses normales selon les protocoles adoptés par le réseau .
- Les établissements de niveau 2 et 3 s'engagent à réadmettre les patientes et leurs enfants aux praticiens qui les leur ont adressés.
- Les établissements de niveau 1 s'engagent à orienter les grossesses à risques vers les établissements de niveau 2 ou de niveau 3 selon les protocoles adoptés par le réseau.
- Les établissements de niveau 2 s'engagent à orienter les grossesses à risques vers les établissements de niveau 3 selon les protocoles adoptés par le réseau.
- Les établissements disposant d'un centre périnatal de proximité s'engagent à orienter les grossesses vers les établissements de niveau 1, 2 ou 3 selon les protocoles adoptés par le réseau.

Article 4-

Conventions entre établissements

Des conventions seront établies entre les différents établissements participant au réseau en respectant le principe de la **proximité**.

- Chaque centre périnatal de proximité signe une convention avec la maternité de niveau 1 ou de niveau 2 la plus proche en termes de temps d'accès, et avec une maternité de niveau 3.
- Chaque maternité de niveau 1 signe une convention avec la maternité de niveau 2 la plus proche en termes de temps d'accès.
- Toutes les maternités de niveau 1 et 2 passent au moins une convention avec une maternité de niveau 3, dont celle de l'hôpital « mère-enfant » du CHU de Toulouse.

Le réseau est ouvert à des établissements hors Midi-Pyrénées, sous réserve de l'accord des agences régionales de l'hospitalisation concernées.

Les conventions sont effectives après approbation des agences régionales de l'hospitalisation concernées.

Article 5-

Recommandations et protocoles

Les établissements adhérant au réseau et les praticiens y exerçant s'engagent à observer les recommandations et protocoles validés en assemblées générales, dans le respect des règles de déontologie.

Les contre-indications aux transferts seront clairement définies.

Article 6-

Système de communication

Les établissements adhérant au réseau développeront un système de communication permettant aux praticiens de transmettre des informations médicales 24h/24h, au mieux par des outils de télémédecine. La facilité et la permanence des échanges entre praticiens seront garanties d'une plus grande efficacité technique et développeront un sentiment solidaire de collégialité qui doit demeurer un des fondements du réseau.

Les établissements et les praticiens s'engagent à respecter la confidentialité des informations (médicales ou non) afférentes au fonctionnement du réseau.

Article 7-

Formation

Les médecins s'engagent à participer aux formations permettant de maintenir un niveau de soins de qualité et une collaboration cohérente entre les structures.

Sur propositions du groupe de travail « formation » mis en place par le comité de coordination et d'animation, le réseau « MATERMIP » s'engage à promouvoir régulièrement des actions de formation auprès de ses membres.

Il instituera un partenariat avec l'URML pour favoriser la formation des médecins généralistes et gynécologues - obstétriciens libéraux sur le thème du repérage des situations à risque des parturientes.

Article 8-

Usagers

Les établissements s'engagent à informer les usagers de leur participation au réseau de soins.

Chaque établissement du réseau est autorisé à faire mention d'un intitulé d'appartenance au réseau : « Membre du réseau périnatal de Midi -Pyrénées – MATERMIP » dans son livret d'accueil et sur ses lettres à en-tête.

Titre III – Membres du réseau

Article 9-

Définition

Sont membres fondateurs du réseau « MATERMIP » les établissements signataires de la présente convention.

Article 10-

Adhésion d'un nouveau membre

L'admission d'un nouveau membre résulte d'une décision de l'assemblée générale à la majorité de 80% des membres présents ou représentés.

L'adhésion d'un nouveau membre donne lieu à un avenant à la convention constitutive.

Article 11-

Retrait, exclusion d'un membre

Tout membre peut se retirer du réseau, sous réserve qu'il soit adhérent depuis au moins une année et qu'il ait notifié son intention trois mois avant la date de son retrait.

L'exclusion d'un membre peut être prononcée par l'assemblée générale, si le membre intéressé a enfreint les dispositions de la présente charte ou du règlement intérieur, s'il n'a pas exécuté ses obligations de membre ou s'il a commis une faute grave constatée par le comité de coordination et d'animation.

Le comité de coordination et d'animation est saisi de toute proposition d'exclusion ; il décide de la soumettre ou non au vote de l'assemblée générale.

Le membre dont l'exclusion est demandée par le comité de coordination et d'animation devra être avisé par lettre recommandée avec accusé de réception un mois avant la réunion de l'assemblée générale.

Le retrait et l'exclusion d'un membre donnent lieu à un avenant à la convention constitutive.

Titre IV - Organisation du réseau

Article 12-

Assemblée générale

L'assemblée générale comprend tous les membres du réseau.

Chaque établissement dispose d'un droit de vote correspondant à une voix.

Ce droit de vote est exercé par son représentant légal.

Chaque établissement siège à l'assemblée générale avec au moins deux composantes :

- le directeur de l'établissement,
- et un gynécologue-obstétricien, désigné par la commission médicale d'établissement.

Le représentant médical peut s'entourer d'autres professionnels de l'établissement (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, sages-femmes).

Le vote par procuration est autorisé.

Le représentant légal de l'établissement peut donner mandat exprès et nominatif de vote, soit à un autre représentant de son établissement (administratif ou médecin) soit au représentant d'un autre établissement. Aucun membre ne peut cependant détenir plus de deux mandats à ce titre.

L'assemblée générale se réunit sur convocation du président au moins une fois par an.

Les convocations sont envoyées au moins quinze jours à l'avance et indiquent l'ordre du jour, établi par le bureau.

Elle se réunit de droit à la demande d'au moins la moitié de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Elle délibère sur toutes questions portées à l'ordre du jour.

L'assemblée générale délibère valablement dans la mesure où la moitié des membres y sont présents ou représentés.

Si le quorum n'est pas atteint, elle sera convoquée à nouveau à quinze jours d'intervalle. Lors de cette nouvelle réunion, elle pourra valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité de 80% des membres présents ou représentés.

L'assemblée générale se prononce notamment sur :

1. Le règlement intérieur,
2. Toute modification de la convention constitutive,
3. L'admission de nouveaux membres,
4. L'exclusion d'un membre,
5. La demande d'accréditation prévue à l'article L.710 -5,
6. Les résultats des groupes de travail mis en place par le comité de coordination et d'animation,
7. Le rapport annuel d'activité.

Article 13-

Comité de coordination et d'animation

Le réseau est administré par un comité de coordination et d'animation composé de 23 membres :

- 20 membres élus représentant à parité l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée,
- Un membre de droit avec voix consultative : le praticien « réseau »,
- Un représentant des S.A.M.U. et un représentant du S.M.U.R. pédiatrique avec voix consultatives.

Les 20 membres élus du comité de coordination et d'animation sont désignés par un vote de l'assemblée générale parmi des personnes proposées en séance *intuitu personae* par les établissements à raison de :

- 5 représentants de l'hospitalisation publique comportant au moins :
 - Le directeur du CHU (ou son représentant),
 - Un directeur d'un établissement disposant d'une maternité de niveau 2 (ou son représentant),
 - Un directeur d'un établissement disposant d'une maternité de niveau 1 (ou son représentant),
 - Un directeur d'un établissement disposant d'un centre périnatal de proximité (ou son représentant).
- 5 représentants de l'hospitalisation privée, comportant au moins un directeur d'un établissement disposant d'une maternité de niveau 2 (ou son représentant) et un directeur d'un établissement disposant d'une maternité de niveau 1 (ou son représentant).
- 4 praticiens exerçant en établissement public comportant :
 - 2 gynécologues -obstétriciens dont l'un exerçant au C.H.U. de Toulouse,
 - 1 pédiatre,
 - 1 anesthésiste.
- 4 praticiens exerçant en établissement privé comportant :
 - 2 gynécologues -obstétriciens dont l'un exerçant dans l'agglomération toulousaine,
 - 1 pédiatre,
 - 1 anesthésiste.
- 2 sages-femmes
 - l'une, exerçant en établissement privé,
 - l'autre, en établissement public.

Lorsqu'un membre du comité de coordination et d'animation quitte son établissement d'origine, il perd sa qualité de membre le jour de son départ effectif de la structure au sein de laquelle il exerçait ses fonctions. Le remplaçant est élu par l'assemblée générale dans les six mois.

Les membres du comité de coordination et d'animation sont désignés pour trois ans.

Toutes les décisions seront prises à la majorité de 80% des membres présents ou représentés.

Le comité de coordination et d'animation se réunit sur convocation du président au moins trois fois par an.

Les convocations sont envoyées au moins quinze jours à l'avance et indiquent l'ordre du jour, établi par le bureau.

Il se réunit de droit à la demande d'au moins la moitié de ses membres sur un ordre du jour déterminé.

Article 14-

Le Bureau

Le bureau est composé de 9 membres :

- 8 membres élus au sein du comité de coordination et d'animation, pour deux ans :
 - 2 directeurs d'un établissement public,
 - 2 directeurs d'un établissement privé,
 - 4 professionnels de santé, dont au moins deux gynéco logues-obstétriciens, venant à part égale du public et du privé,
- le praticien « réseau », avec voix consultative.

Parmi ses membres, le bureau élit un président, un vice-président et un secrétaire général.

Le président et le vice-président ne peuvent appartenir au même secteur, public ou privé.

Le bureau prépare les assemblées générales. Il est chargé de l'exécution des décisions prises en assemblée générale.

Les décisions du bureau sont prises selon les règles de majorité des 2/3

Le président convoque les assemblées générales et les réunions du comité de coordination et d'animation, dirige les débats, fait observer les statuts et le règlement intérieur du réseau, maintient la cohésion de l'expression des avis.

Le vice-président assiste le président.

Le secrétaire général rédige les procès-verbaux de l'assemblée générale, du comité de coordination et d'animation et du bureau.

Article 15-

Praticien « réseau »

Pour soutenir le fonctionnement du réseau, l'ARH Midi-Pyrénées a créé et financé un poste de praticien temps plein de gynécologie-obstétrique.

Son rôle est de faciliter le fonctionnement du réseau et de s'assurer de la mise en œuvre des décisions du comité de coordination et d'animation.

Il est membre de droit du comité de coordination et d'animation et du bureau du réseau.

Il coordonne les travaux des groupes de travail.

Il assure un appui méthodologique et médical aux établissements qui en font la demande.

Ses missions sont précisées par le comité de coordination et d'animation.

Le poste est rattaché administrativement au CHU, mais le praticien partage son temps entre les établissements du réseau, à raison d'au moins 50% de son temps aux autres établissements que le CHU.

Article 16-

Informations sur l'activité du réseau

Le comité de coordination et d'animation transmet chaque année à l'agence régionale de l'hospitalisation un rapport, approuvé par l'assemblée générale, retraçant l'activité du réseau, les difficultés rencontrées et ses propositions d'amélioration.

Titre V – Travaux scientifiques

Article 17-

Groupes de travail

Le comité de coordination et d'animation met en place des groupes de travail sur le fonctionnement médical du réseau.

Notamment :

- un groupe « **transferts ante et post-natals** » en s'inspirant, notamment, des documents 2, 3 et 4 figurant en annexe à cette charte, et des travaux postérieurs à la publication du SROS dirigés par Madame le docteur Lelong-Tissier ;
- un groupe « **évaluation** », en poursuivant les travaux du sous-groupe de travail préparatoire au SROS dirigé par Madame le docteur Grandjean;

- un groupe « **formation** », qui proposera au comité de coordination et d'animation des actions conformes à l'objet de l'article 7.

Ces groupes de travail peuvent être confiés à des personnalités qualifiées.

Chaque chef de projet reçoit une lettre de mission du comité de coordination et d'animation lui fixant les objectifs et le calendrier de son travail.

Les travaux de ces groupes sont traduits par le comité de coordination et d'animation en recommandations.

Ces recommandations sont approuvées en assemblée générale pour servir de socle commun à l'élaboration des conventions qui lieront les établissements entre eux.

Le comité de coordination et d'animation propose des séances de mises au point de protocoles diagnostiques ou thérapeutiques.

Il veille à la mise à jour régulière des recommandations et protocoles.

L'ensemble de ces recommandations et protocoles sont annexés au rapport d'activité prévu à l'article 16.

Article 18-

Evaluation

La démarche d'évaluation fait partie intégrante des missions du réseau.

A partir des travaux du groupe de travail « évaluation », le réseau s'engage à mettre en oeuvre un système d'information performant, concernant notamment le fonctionnement interne du réseau (transferts, retransferts, ...), la mesure d'indicateurs de santé périnatale, et celle de la satisfaction des usagers.

Il veille, notamment, au suivi de ces résultats dans le temps et à leur comparaison avec les indicateurs nationaux.

Chaque établissement met en place les procédures internes qu'il juge nécessaires à une saisie et une transmission correctes des informations, conformément aux recommandations du comité de coordination et d'animation.

Etablissements signataires :

C.H.I.V.A. Foix - Pamiers

C.H.A.C. St Girons

C.H. Rodez

C.H.I.C. Millau St Affrique

C.H. Villefranche/Rgue

Clinique St Louis St Michel

C.H. Decazeville

C.H.U. Toulouse

C.H. St Gaudens

Hôpital Joseph Ducuing

Clinique Ambroise Pare

Clinique Sarrus -Teinturiers

Clinique St -Jean Languedoc

Clinique de L'Union

Clinique du Parc

Clinique d'Occitanie

C.H. Auch

Clinique Carlier

C.H. Cahors

Clinique du Quercy

C.H. Figeac

C.H. Gourdon

C.H. St Céré

C.H. Tarbes

C.H. Lourdes

C.H. Lannemezan

Clinique de l'Ormeau

C.H. Albi

C.H.I.C. Castres -Mazamet

C.H. Lavour

Clinique Escudié

Polyclinique des Lices

C.H. Montauban

C.H.IC. Castelsarrasin -Moissac

Clinique Pont De Chaume

Clinique Croix St Michel

Clinique St Orens

C.H. Carcassonne

Polyclinique de Montréal

ANNEXES

Les documents de travail ci-après ont été élaborés par le groupe de travail sur la préparation du SROS.

Ils sont destinés à nourrir la réflexion des groupes de travail du réseau, afin que l'assemblée générale valide les référentiels dont le réseau souhaitera se doter :

1. Les conditions de prise en charge dans l'unité obstétricale de la pathologie néonatale sans gravité. *(document 1)*
2. Recommandations à propos des :
 - Indications foetales et/ou maternelles et règles des transferts in utero. *(document 2)*
 - Indications des transferts post-natal. *(document 3)*
 - L'organisation des transferts et retransferts. *(document 4)*

Les conditions de prise en charge dans l'unité obstétricale de la pathologie néonatale sans gravité

Les critères concernent :

- 1 la pathologie prise en charge
- 2 les actes et le matériel médical nécessaires
- 3 l'agencement architectural
- 4 le personnel médical et non médical
- 5 l'évaluation

1) Pathologies prises en charge :

Elles sont inspirées du niveau II pédiatrique à savoir :

· **Prématurité**

Prétermes sans pathologie, en élevage simple, d'âge gestationnel ≥ 34 semaines et de poids de naissance ≥ 1750 g.

· **Ictère**

Ictères imples ou ABO à l'exclusion des immunisations Rhésus

· **Pathologie respiratoire**

Détresse respiratoire du nouveau-né, isolée *, sous condition de durée et de surveillance :

→ conditions de surveillance : SA O₂ - Fi O₂ - Gazométrie

→ conditions de durée :

transfert *si* durée ≥ 3 heures *ou si* Fi O₂ $> 40\%$ à 3 heures de vie

→ toute détresse respiratoire dans un contexte de liquide méconial particulière dont la DR persiste au-delà de 1 heure de vie doit être transférée.

* *l'association d'une DR à une autre pathologie ou à un PN < 2500 g ou à un AG < 36 semaines justifie le transfert.*

· **Pathologie métabolique**

→ hypoglycémie ($< 0,3$ g ou $0,4$ g si perfusé), la persistance au-delà de 12 h justifie un transfert

→ hypocalcémie ($\leq 1,75$ umol). L'hypocalcémie symptomatique justifie un transfert (convulsions, vomissements)

· **Pathologie neurologique**

→ pathologie post-asphyxique avec souffrance cérébrale de grade I de la classification de Sarnat. Au-delà du grade I : le transfert est nécessaire.

→ après asphyxie in utero ayant nécessité une intubation de 30 mn ou plus, le transfert est nécessaire

→ la pathologie traumatique (trauma obstétrical) peut être gardée à l'exception des traumatismes nécessitant un examen tomodensitométrique crânien ou une prise en charge orthopédique spécifique (fracture fémur par exemple).

· **Pathologie infectieuse**

Les infections et suspicions d'infection materno-foetales peuvent être gardées auprès de la mère si :

→ l'état clinique (hémodynamique - respiratoire) est normal

→ à condition de disposer de la biologie (C RP - bactériologie) et de pouvoir administrer les antibiotiques par voie parentérale.

· **Pathologie digestive**

Les syndromes occlusifs avec vomissements bilieux et les difficultés d'alimentation coexistant avec une perte de poids $> 10\%$ du poids de naissance nécessitent un transfert.

· **Pathologie chirurgicale**

Toute chirurgie non urgente (orthopédie - fentes palatines...) doit être gardée auprès de la mère.

II - Actes médicaux réalisables et matériel médical nécessaire :

Actes

- gavage gastrique continu et discontinu
- perfusion veineuse périphérique
- injection ou prélèvement IV
- prélèvement artériel
- pose de cathéter veineux ombilical
- ponction lombaire
- oxygénothérapie sous hood ou sonde nasale
- photothérapie

Matériel diagnostique

- radiologie - déplaçable au lit 24 h/24
- biologie courante (24h/24)
- gazométrie, pH 24h/24

Matériel de soins et de surveillance :

- oxymétrie pulsée pour nouveau-né
- Dynamap avec brassard nouveau-né
- pousse-seringue
- incubateur conforme ou table à chaleur radiante
- Hood ou embout nasal
- analyseur d'O₂
- ictéromètre
- photomètre
- appareil de photothérapie conforme
- malette d'urgence comportant : ambu, laryngoscope, sondes intubation, pince de Magill.

III - Les locaux

L'article D 712-88 prévoit que le nouveau-né sera soigné en maternité soit dans un local isolé soit dans la chambre de la mère si elle est aménagée à cet effet.

L'article D 712-85 prévoit que les nouveau-nés normaux puissent être gardés la nuit dans un local spécifique.

Selon le groupe de travail, le local prévu à l'art. D 712-88 devrait comporter :

- arrivée de fluides (O₂-air-vide) x 2
- lavabo pour lavage des mains
- 6 prises électriques par poste de soins

Sa surface pourrait être de 6 m² par poste/ou incubateur, avec un minimum de 2 postes de soins jusqu'à 1000 accouchements/an et 1 poste supplémentaire au-delà de 1000 accouchements.

De même, l'aménagement de la chambre de la mère devrait comporter :

- une surface suffisante pour permettre la circulation autour de l'incubateur (21 m² pour une chambre individuelle et 23 m² ou plus pour une chambre double)
- une arrivée de fluides spécifique pour le nouveau-né
- un poste de lavage des mains
- 6 prises de courant spécifiques.

Une pièce de mise en condition avant transfert, en sus de la salle de réanimation néonatale, du bloc obstétrical, est souhaitable bien que ne figurant pas dans les textes réglementaires.

IV - Personnel soignant

L'article D.712-88 prévoit un pédiatre présent ou en astreinte opérationnelle. Le groupe de travail souhaite ajouter à cela :

- les pédiatres doivent être au nombre de 2 minimum *
- tout enfant présentant une pathologie prise en charge auprès de la mère telle que définie à l'art. D 712-88 doit rester sous la responsabilité de celui-ci jusqu'à la sortie de l'établissement.

L'article D.712-88 du code de la santé publique prévoit qu'au minimum une sage-femme ou un infirmier diplômé d'état, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, auprès des enfants, quand les nouveaux-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.

(*) en tout état de cause, la continuité des soins doit être maintenue.

Indication et contre indication du transfert in utero

Indications foetales

I - Indications validées par un niveau de preuves suffisant .

Elles concernent les transferts vers la maternité de Niveau 3 :

w le transfert in utero des foetus ayant moins de 33 semaines d'aménorrhée et/ou d'un poids estimé inférieur à 1500 gr en cas de souffrance foetale chronique.

w le transfert in utero des foetus ayant une malformation nécessitant une prise en charge immédiate.

2 - Autres indications

Même s'il n'y a pas lieu de craindre une nécessité de prise en charge du nouveau-né dans une unité de réanimation, il est justifié pour éviter la séparation mère-enfant, de prévoir un transfert in utero lorsqu'une hospitalisation en néonatalogie paraît probable. Il n'est pas toujours possible de prévoir quel enfant pourra rester auprès de sa mère dans une maternité de Niveau 1 doté d'une organisation permettant la prise en charge d'enfant atteint d'une pathologie sans gravité (cf ANNEXE 2) et ceux qui nécessiteront une hospitalisation en néonatalogie.

Il est cependant souhaitable de transférer vers un Niveau 2 les foetus dont l'âge gestationnel est de 33 semaines et d'un poids estimé entre 1500 et 1800 gr.

Il en est de même pour les malformations nécessitant une hospitalisation en néonatalogie dès la naissance.

Un cas particulier est à soulever, c'est celui des grossesses multiples au-delà de 2. La situation sera évaluée au cas par cas après évaluation du risque de prématurité et en fonction des possibilités locales de prise en charge (nombre de personnes compétentes disponibles pour la naissance).

Indications maternelles

Il n'est pas possible de prévoir tous les accidents graves maternels. Cependant, il est recommandé de demander un transfert prénatal vers le niveau 3 pour les femmes présentant une pathologie grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la mère :

- les syndromes hémorragiques graves
- les toxémies sévères
- les pathologies infectieuses graves
- les patientes porteuses d'une pathologie extra gravidique à haut risque.

Contre-indications

Elles découlent d'un risque pour l'enfant :

- hématome rétro placentaire
- accouchement imminent
- souffrance foetale aiguë grave

et/ou pour la mère dont l'état est incompatible avec le transfert

- syndrome hémorragique
- éclampsie
- choc septique

S'il existe une contre-indication au transport in utero , il faut mettre en oeuvre une intervention du SMUR Pédiatrique à visée anténatale.

Responsabilité

La décision de transport est prise entre l'obstétricien qui demande le transfert et celui qui l'accepte.

Il existe une **co-responsabilité** de la décision.

Si le transport doit être médicalisé, le régulateur du SAMU participe à la décision. C'est lui qui règle les problèmes logistiques : choix du vecteur, matériel et évaluation de la durée du transport.

En cas de besoin, l'équipe de transport doit pouvoir être renforcée par l'obstétricien demandeur ou par une sage femme.

Afin de prévenir toute question ultérieure, le groupe se propose de tester (par l'intermédiaire des médecins du SAMU) un document clinique renseigné par le médecin demandeur, et évaluant la situation obstétricale au moment du départ de la parturiente, destiné à être remis à l'équipe qui la reçoit avec le compte-rendu du SAMU.

Indication des transferts postnatals

Un transfert post-natal est indiqué chaque fois qu'un bébé naît dans une structure qui ne permet pas sa prise en charge, soit parce qu'il existait une contre-indication au transfert prénatal, soit parce que la pathologie n'était pas prévisible.

Les critères de transfert découlent des critères de prise en charge par niveau pédiatrique.

Transferts vers le Niveau 3

Ils sont assurés par le SMUR Pédiatrique qui fonctionne avec des Pédiatres Réanimateurs et des IDE Puéricultrices. Un pédiatre est disponible H 24. Deux interventions peuvent être organisées simultanément si l'urgence l'exige pendant les heures ouvrables. Les missions du SMUR Pédiatrique, au-delà des demandes départementales, couvrent l'ensemble de la région ainsi que les autres structures qui rejoindraient le réseau.

Exception géographique :

L'Hôpital de Tarbes, du fait de sa proximité avec l'Hôpital de Pau qui effectue les soins pédiatriques de niveau 3, assure lui-même ses transferts postnatals vers cet hôpital. Les pédiatres néonatalogues de Tarbes encadrent la formation des urgentistes du SMUR de Tarbes qui sont accompagnés d'une puéricultrice pour ces transports.

Transferts vers le Niveau 2

Chaque Unité Pédiatrique de niveau 2 doit organiser ses transferts postnatals en provenance des maternités de niveau 1 avec lesquelles elle travaille. En règle générale, la responsabilité médicale est assurée par les Urgentistes du SMUR correspondant, la qualification en puériculture pouvant être apportée par une infirmière de Néonatalogie qui sera détachée pour cette mission.

Transferts à partir du Niveau 3 ou 2

Dès que l'état de l'enfant le permet, le bébé peut être transféré vers un niveau 2 proche de son domicile ou vers un niveau 1 si la mère est encore hospitalisée. Ces missions au départ du CHU sont confiées aux puéricultrices du SMUR Pédiatrique ou à une ambulance non paramédicalisée si la situation le permet.

Elles doivent également pouvoir être réalisées à partir d'une autre unité de néonatalogie.

Cas particuliers

1 Appel anténatal au SMUR Pédiatrique

S'il existe une contre-indication à l'organisation d'un transport in utero et si les soins d'un bébé à naître doivent être envisagés en niveau 3, l'obstétricien peut faire appel au SMUR Pédiatrique en anténatal. Cette opportunité ne dispense en aucun cas de mettre en oeuvre les moyens nécessaires à la réalisation de la prise en charge à la naissance, y compris des gestes de réanimation. Ce n'est pas une alternative au transport in utero, c'est un palliatif.

2 Prise en charge relais par une structure de niveau 2 pédiatrique

Dans la situation précédente, si le SMUR pédiatrique ne peut intervenir en anténatal, c'est l'hôpital de niveau 2 le plus proche qui assure le relais par un premier transfert vers son unité de néonatalogie et par la mise en condition du bébé avant prise en charge par le SMUR pédiatrique.

Organisation et réalisation des transferts interhospitaliers

A - Transferts in utero ou en post partum immédiat.

1 - Différents types de transfert

1.1 Transferts non médicalisés

Programmée et réalisée en dehors du contexte d'urgence, cette mission sera assurée par une ambulance simple. L'implication des SAMU n'est pas obligatoire.

Les principales indications sont :

- rupture prématurée des membranes sans contractions,
- grossesses multiples
- pathologies foetales isolées,
- certaines pathologies maternelles pré-existantes.

1.2 Transferts médicalisés « non urgents »

Ces transferts nécessitent la présence d'un médecin pendant le transport. Leur réalisation peut éventuellement être différée de quelques heures.

Les principales pathologies nécessitant une médicalisation dans ce cadre là sont :

- pathologies maternelles évoluées,
- pré-éclampsie dans ses formes sévères,
- MAP contrôlée sous Tocolytiques
- MAP en travail dont la dilatation est inférieure à 4 cm et qui n'a pas évolué depuis au moins deux heures.
- les syndromes hémorragiques de la grossesse sans menace materno-foetale immédiate (placenta praevia, décollements placentaires sans HRP,...)

1.3 Transferts médicalisés urgents

Ce sont des situations qui imposent l'arrivée de la parturiente dans une maternité de niveau II ou III dans les plus courts délais et sous surveillance médicale. Mais les critères d'exclusion doivent impérativement être respectés sous peine d'accouchement ou de détérioration grave de l'état maternel ou foetal pendant le transport.

Devant ces cas précis, l'appel au SMUR Pédiatrique en anté ou en post-natal est préféré au transfert in utero.

Pour les syndromes hémorragiques du post partum mal contrôlés, situations très urgentes pouvant prendre une allure catastrophique pendant le transport, leur transfert doit être exceptionnel, bien réfléchi, médicalisé si possible par un médecin anesthésiste-réanimateur.

1.4 Retour in utero d'une maternité de niveau III vers le niveau (II ou I) ou bien de niveau II vers le niveau I

La période de risque obstétrical étant passée, ces patientes peuvent accoucher dans leur maternité d'origine. Leur retour sera assuré par une ambulance non médicalisée sans le concours obligatoire du SAMU.

2- Organisation pratique des transferts adultes médicalisés

Les SAMU départementaux ou le SAMU 31 prendront en charge ces transferts. Le numéro d'appel intradépartemental est le « 15 ». Lorsque l'appel émane d'un autre département, le SAMU 31 est appelé par le 05-61-49-33-33.

La demande doit émaner obligatoirement d'un médecin (Obstétricien ou Anesthésiste). Après accord du médecin devant recevoir la parturiente, il organisera le transport avec le médecin régulateur du SAMU.

La décision de « Non Transfert » in utero doit être prise collégialement entre le médecin demandeur, médecin récepteur, médecin régulateur du SAMU et, éventuellement, pédiatres (SMUR pédiatrique, pédiatres des établissements). Il est difficile d'envisager tous les cas de figure car, aux critères médicaux s'ajoutent différents facteurs (organisationnels, contraintes techniques...)

Afin que les transferts ne soient pas source d'incidents ou d'accidents entravant le bon fonctionnement du réseau, certaines règles générales sont à respecter :

- Distinguer les urgences vraies des urgences relatives.
- Eviter les transferts inutiles et tenir compte des risques médicaux et techniques de chaque transfert.
- Anticiper ce qui évitera des transferts à des heures critiques (nuit, météo...) ou à un stade d'aggravation et de complications.
- Prendre des décisions de façon collégiale et multidisciplinaire devant chaque situation difficile.

B - Transfert du nouveau-né

- Les transferts de nouveau-nés vers les unités spécialisées de niveau 3 sont médicalisés par le SMUR Pédiatrique. Les transferts de niveau 3 vers les niveau 2 ou 1 sont paramédicalisés par les Puéricultrices.
- Les transferts entre maternité de niveau 1 et de niveau 2 sont organisés par le SAMU attaché à l'Hôpital de niveau 2 en collaboration avec l'équipe puéricultrice du dit CH dont les puéricultrices de néonatalogie auront acquis la compétence déjà précisée.
- Si une intervention anté-natale n'a pu être réalisée dans une maternité de niveau 1 et qu'il existe un délai pour la réalisation d'un transfert postnatal vers un niveau 3, il est préférable que le nouveau-né soit transféré du niveau 1 au niveau 2 par le SAMU le plus proche complété, au minimum d'une puéricultrice.