



Janvier
Février
Mars 2001
N° 1

La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc Roussillon

*Le lien entre les professionnels de la
périnatalité*

Rédacteur en chef

Pr Pierre Boulot
Président CRN LR
Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Arnaud de Villeneuve
371 Av du Doyen Giraud
34295 Montpellier cedex 5
Tel : 04 67 33 64 86

Coordination

Catherine Cecchi
GEN Languedoc-Roussillon
Hôpital Arnaud de Villeneuve
371 Av du Doyen Giraud
34295 Montpellier cedex 5
Tel : 04 67 33 81 46 Fax : 04 67 33 58 27
e-mail : c-cecchi@chu-montpellier.fr

Comité de lecture

P. Bénatia, anesthésiste réanimateur, P. Culiane, pédiatre
M. Dedieu, cadre puéricultrice, R. Fromentin, URCAM,
D.Hève, médecin DIM, M. Grémy, MIRAS DRASS,
M. Hoffet, Gyn - obstétricien, P. Marciano, pédopsychiatre
N. Meier, pédiatre CAMSP, F. Montoya, pédiatre,
M. Panthène, Gynécologue - obstétricien,
F. Perez, sage femme, J. Rambaud, médecin URML.

EDITORIAL par Pr Pierre BOULOT Rédacteur en chef de la Lettre

Plusieurs réseaux en périnatalité sont en train d'émerger au sein de notre région, citons :

- ✓ le réseau périnatal du Gard, largement soutenu par un véritable réseau en télémédecine,
- ✓ le réseau Maternet servant à la télé-expertise obstétricale et au télédiagnostic périnatal,
- ✓ le réseau Pyrénat, regroupant les structures privées et publiques des Pyrénées-Orientales qui travaillent entre autres à l'harmonisation des protocoles thérapeutiques de prise en charge des pathologies obstétricales et néonatales,
- ✓ le réseau des maternités publiques et privées de Montpellier auquel travaillent actuellement les obstétriciens, les néonatalogistes et les transporteurs de cette ville,
- ✓ la mise en place du réseau de télémédecine Périn@t dans l'ouest de la région L.R.

Tout ceci s'est fait grâce au professionnalisme des uns et des autres, et en tenant compte des apports de la médecine en réseau désormais bien validés dans le champ des pratiques périnatales (cf. expérience des pays européens).

Ces quelques exemples de réseaux émergents démontrent que l'esprit coopératif entre praticiens et entre établissements a pris le pas sur d'anciennes logiques de compétition. Il n'en reste pas moins à "peaufiner" ces réseaux par des actes forts :

- ✓ adoption par tous les établissements de périnatalité d'un dossier obstétrico-pédiatrique commun et informatisé,
- ✓ signature pour tous ces établissements d'une charte périnatale,
- ✓ désigner un groupe de professionnels issus des secteurs privés et publics pour animer, évaluer et faire vivre ces réseaux.

Mais la fonctionnalité et la crédibilité d'un réseau périnatal seront encore plus importantes lorsque des difficultés récurrentes auront disparu : places toujours disponibles pour les mères et/ou leurs enfants au sein des structures de niveau III, engagement des centres III à n'accepter qu'un nombre limité de grossesses à priori à bas risque, et confiance accrue dans les centres de niveaux I où se situent la fiabilité du réseau : ce sont ces centres qui assurent le dépistage et l'orientation adéquate du tri du risque périnatal.

Enfin, les financements nécessaires ne doivent pas faire défaut : animer un réseau prend du temps et constitue une véritable activité médicale encore insuffisamment reconnue.

Depuis un certain temps, les gynécologues-obstétriciens ont été priés de mettre en oeuvre un fonctionnement en réseau pour les grossesses à risques afin d'adapter le niveau de la Maternité (niveau I, II ou III) à la sévérité de la pathologie affectant certaines grossesses.

Nous faisons figurer ici la charte mise en place par le Réseau Sécurité Naissance (R.S.N.) des Pays de Loire, qui je pense intéressera tous les spécialistes de la région Languedoc Roussillon.

RESEAU SECURITE NAISSANCE - PAYS DE LOIRE

LES TRANSFERTS

- ✓ **permettent** de préserver la relation mère/enfant dans sa globalité,
- ✓ **doivent** éviter l'urgence de dernier instant, foetale et/ou maternelle,
- ✓ **doivent** privilégier le bien-être materno-foetal en imposant un accueil, médical et humain,
- ✓ **permettent** d'adresser "tranquillement" vers le site adapté, plutôt que "l'expédition" urgente par n'importe quel moyen,

- ✓ **et diminuent** donc le coût excessif d'un transfert obligatoire et précipité à un moment donné,
- ✓ **doivent** être faits dans les meilleures conditions, au meilleur moment, pour assurer un suivi normal de la femme enceinte qui présente des complications dépassant les possibilités locales. Ils doivent permettre d'assurer le meilleur pronostic possible, pour la mère et pour l'enfant, sur le meilleur site choisi par le transférant,
- ✓ **ont lieu**, après discussion avec la patiente (et le partenaire si possible), avec son accord (éventuellement signé, en cas de refus ou non), en présence de l'équipe médicale, éventuellement assistée d'un(e) psychologue,
- ✓ **imposent** un moyen de transport adapté, médicalisé ou non,
- ✓ **font poser le problème de l'action des S.M.U.R., S.A.M.U.** qui souhaitent souvent médicaliser leur équipe par la présence d'une sage-femme, qui devra être préalablement formée à la néonatalogie, aux pathologies maternelles et obstétricales.
- ✓ Les transferts en obstétrique engageront de toute façon **la responsabilité du couple transférant-receveur** par la qualité de "l'envoi" et de la "réception", d'où l'importance de la qualité des renseignements qui seront transmis et consignés sur les dossiers des transferts.

Sur le plan financier

- ✓ Transfert : sortie : bon d'ambulance prise en charge par la S.S.
- ✓ Transfert en S.A.M.U. : entente départementale, voire régionale.

TRANSFERANTS, vous devez :

- ✓ **ne pas transférer** :
 - * l'H.R.P.
 - * l'éclampsie
 - * la souffrance foetale aiguë
 - * l'accouchement imminent
- mais estimer le pronostic maternel et foetal,
- ✓ **transférer in utero** le plus tôt possible les cas maternels et foetaux qui ne peuvent pas être pris en charge par votre plateau technique,
 - ✓ **pouvoir transférer** la mère accouchée qui doit se rapprocher de son enfant accueilli en service de néonatalogie adapté,
 - ✓ **donc favoriser** la relation mère/enfant en cas d'impossibilités de prise en charge,
 - ✓ **prévoir le transfert** dans les meilleures conditions (in utero le plus souvent) et hors urgence si possible,
 - * médicalisé ou non,
 - * en assurant le soutien maximum de la femme (ou de la mère) après entretien avec l'équipe médicale (et la psychologue si possible), car le changement de site sera souvent décidé rapidement et pensé par la patiente comme un "voyage" qui peut être fait sans retour, ...

* en prévoyant de médecin à médecin, le service receveur qui devra :

- ✓ **soit assurer l'accueil** et prise en charge médicale dans les conditions optimales pour la patiente,
- ✓ **soit l'orienter** vers un autre établissement de la région suivant les disponibilités pédiatriques et obstétricales.
- ✓ **ne pas dicter** une conduite à tenir précise mais donner votre avis en expliquant à la patiente que le receveur la prendra en charge avec ses moyens techniques et ses compétences médicales adaptés,
- ✓ **considérer** qu'il ne s'agit pas d'un transfert de compétences mais plutôt d'une mise à disposition de moyens techniques adaptés,
- ✓ **penser** que le transfert est fait pour améliorer les performances au service de la mère et de son enfant, et préserver la relation mère/enfant,
- ✓ **désensibiliser** afin que les patientes ne pensent pas qu'elle sont un "cas" à l'occasion d'une situation gravissime, voire sans retour. Il s'agit bien d'un moyen de préserver un état mère/enfant pour le meilleur pronostic, le couple étant considéré dans sa globalité,
- ✓ **vous imposer** la transmission la plus précise possible des renseignements importants concernant la patiente (fiche de liaison, photocopies des pièces importantes du dossier, etc...),
- ✓ **écrire** sur le dossier de la patiente les conditions du transferts (heures, moyens de transports, accompagnant, nom du médecin receveur prévu, etc...),
- ✓ **participer** à l'évaluation des pratiques de transferts selon les modalités élaborées par le réseau.

RECEVEURS, vous devez :

- ✓ **exiger** les relations directes de médecins à médecins,
- ✓ **considérer** que l'on vous adresse pour des raisons médicales, et pour conserver la relation mère/enfant,
- ✓ **réaliser** que vous êtes donc sur le site avec l'équipe adaptée sur lesquels les transférants se reposeront désormais pour prendre en charge une situation obstétrico-pédiatrique considérée comme problématique,
- ✓ **prévoir** régulièrement vos possibilités d'accueil obstétricopédiatriques localement, départementalement et régionalement ainsi que le laisse entendre le réseau pour vos établissements,
- ✓ **répondre** aux appels avec confraternité dans les meilleurs délais et avec les meilleures prédispositions (diffuser vos numéros d'appel, installer si possible une "ligne rouge" exclusive),
- ✓ **faire montre** de l'organisation adaptée de vos équipes,
- ✓ **pouvoir adapter** dans les meilleurs délais vos moyens d'accueil à la gravité du cas transféré,
- ✓ **organiser** en cas de besoin de médicalisation, le transport adapté (S.A.M.U., S.M.U.R.),

- ✓ **exiger** de recevoir une fiche de liaison remplie et signée par le médecin transférant avec photocopies des principales pièces du dossier,
- ✓ **ne pas dénigrer** la pratique médicale mise en place lors de la première prise en charge,
- ✓ **entretenir de bonnes** relations receveur-transférant (par ex : mise au courant régulière de la situation de la patiente),
- ✓ **offrir** la possibilité d'un retransfert qui aidera à la meilleure relation mère/enfant et/ou au rapprochement familial,
- ✓ **relater** sur le dossier les conditions de transfert relatives à une patiente nommée (heures, personnes interrogées, moyens de transport, etc...),
- ✓ **participer** à l'évaluation des pratiques de transfert selon les modalités élaborées par le réseau.

"PROTOCOLE TRANSFERT"

Le transférant

1. doit avoir l'avis du couple après discussion
2. transfère sur un autre site la pathologie maternelle et/ou foetale qui ne peut être prise en charge par son plateau technique
3. ne transfère pas :
 - l'éclampsie
 - l'H.R.P.
 - la souffrance foetale aiguë
 - l'accouchement imminent
 - et organise le transfert dans les meilleures conditions
4. prévient le médecin receveur
5. ne dicte pas une conduite à tenir obstétricale
6. remplit le mieux possible la fiche de liaison en joignant ou en faxant les principales pièces du dossier
7. a obligation d'évaluer

"PROTOCOLE TRANSFERT"

Le receveur

1. a une ligne téléphonique privilégiée diffusée à ses correspondants pour répondre rapidement aux transférants
2. exige des relations de médecin à médecin pour gérer le transfert d'une patiente
3. accueille sans dénigrement la patiente que le praticien transfèrent adresse pour une pathologie maternelle et/ou foetale qui ne peut être prise en charge au niveau du plateau technique originel
4. doit orienter précisément, lui-même, vers un autre centre s'il est incapable d'accueillir (par manque de place ou de compétence)
5. demande une fiche de liaison et les pièces importantes du dossier
6. n'oublie pas qu'il peut retransférer
7. a obligation d'évaluer.

R.S.N. PAYS DE LOIRE

Le responsable du site obstétrical ci-après :

certifie avoir pris connaissance des documents ci-joints ("les transferts", "les transférants", "receveurs", etc...) et fait en sorte que l'application en soit immédiate dans le cadre de la charte du "Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire".

A _____ le _____

Lu et approuvé
Tampon

A adresser au Docteur Ch. BARRETEAU
Vice Président du R.S.N. des Pays de Loire
Gynécologie Obstétrique
C.H.D. Les Oudairies
82025 LA ROCHE SUR YON Cedex

Réseau de soins périnataux dans les Pays de la Loire

A _____, le _____

Nous, soussignés,

Madame _____ Monsieur _____, acceptons, refusons

le **transfert vers un centre apte à nous accueillir, mère/enfant,**

pour assurer le meilleur pronostic dans notre état médical actuel,

dans le cadre du partenariat entre les deux établissements

appartenant au Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Madame _____ Monsieur _____ Le médecin de garde

FICHE DE LIAISON POUR TRANSFERT

de médecin à médecin

pathologie de la grossesse maternelle foetale post partum

Identité du service transférant

Identité du service receveur

NOM - _____ Prénom de la patiente _____ - Date de naissance _____

Etiquette

Médecin traitant (adresse) _____

Hospitalisée du _____ au _____ début de grossesse

- pour :

- diagnostic :

Motif de transfert le _____ à (heure d'appel) _____ Médecin receveur _____

Situation actuelle et traitement en cours :

Corticothérapie préventive : date et heure dernière injection, nom du produit et dose

Mode de transport et heure du départ

autres renseignements

Résultats biologiques concernant la patiente

- Groupe, rhésus, phénotype (ou photocopie)
- Agglutinines irrégulières
- Injection de SAD
- Sérologies (chiffres et dates)
 - * toxoplasmose
 - * rubéole
 - * BW
 - * HIV
 - * HBS
- Résultats test / T 21
- Résultats caryotype éventuel

Transférer ou ne pas transférer that is the question ?

Dr Médéric HOFFET *Gynécologue Obstétricien, Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital Caremeau Nîmes*

La prise en charge d'un accouchement prématuré rentre dans le cadre habituel du contrat médecin-malade :

- ✓ obligation de moyens : soins éclairés consciencieux, attentifs, prudents, conformes aux données actuelles de la Science ;
- ✓ devoir d'une information complète, éclairée, compréhensive.

Ce contrat se caractérise toutefois par le fait que, s'il concerne trois parties (les parents, le médecin et l'enfant), deux seulement sont réellement et pleinement contractantes (les parents et le médecin).

Le lieu importe plus que l'opérateur. Les accouchements par voie basse spontanée ou assistée, les césariennes, doivent être faits selon les protocoles habituels du service pour ces mêmes actes.

Le plus important est la prise en charge pédiatrique : pédiatre prévenu, et sur place en cas de grande prématurité, au mieux équipe de réanimation. La décision de la voie et du mode d'accouchement doit tenir compte des avis pédiatriques, mais la voix pédiatrique n'est que consultative.

L'accouchement d'un prématuré doit tenir compte aujourd'hui :

- ✓ des recommandations scientifiques concernant les accouchements prématurés, même si celles-ci sont parfois floues ou imprécises ;
- ✓ des risques connus d'un accouchement prématuré surtout avant 32 SA,
- ✓ des besoins en personnel médical qualifié lors de l'accouchement d'un prématuré : sage-femme, obstétricien, anesthésiste, néonatalogiste, etc. ;
- ✓ des caractéristiques des plateaux techniques nécessaires à la prise en charge immédiate d'un enfant prématuré ;
- ✓ des caractéristiques techniques des services nécessaires à l'hospitalisation des enfants prématurés ;
- ✓ l'existence de filières de soins permettant le transfert in-utero des patientes à risque d'accouchement prématuré.

Le manquement à l'un ou à l'autre de ces paramètres est susceptible de mettre en cause la responsabilité médico-légale du médecin ; cette responsabilité du médecin peut être également engagée lorsque l'information donnée s'avérera incomplète, erronée ou fausse.

I - DE QUOI PARLE-T-ON ?

Prématurité = naissance avant 37 SA, le critère de poids a disparu. Les complications s'observant bien plus en cas de naissance avant 32 SA et/ou d'enfant de 800 à 1200 grammes.

La cause n'est pas univoque :

1. Accouchement prématuré idiopathique ;
2. infection systémique
3. rupture des membranes et infection amniotique
4. grossesses multiples
5. malformations utérines
6. SFA et SFC => prématurité induite
7. cause maternelle

Le concept qui commence à être popularisé est celui de naissance sur place ou au dehors (in-born et out-born des anglais), s'entend d'une maternité de niveau 3. Le pronostic est meilleur en cas de naissance sur place. Ce concept est vérifié même en cas de densité hospitalière élevée et de moyens de transport lourds pour les grandes prématurités (□32 SA).

II OU FAIRE NAITRE LE PREMATURE ?

Les conditions de l'accouchement prématuré sont cependant très variables et l'on peut schématiquement individualiser deux situations principales :

a - Dans certains cas, la naissance doit se faire sur place parce que le transfert est impossible à organiser par indisponibilité des transports, par imminence de l'accouchement ou par état d'urgence maternel et ou fœtal (éclampsie, Hématome RétroPlacentaire, souffrance fœtale, hémorragie maternelle...). Naître dans une maternité de niveau 1 est préférable à naître dans un camion, fût-il du S.A.M.U. Le transfert éventuel de la mère dans une unité obstétrico-néonatale est alors impossible, il faut organiser la prise en charge sur place dans les meilleures conditions ; il convient alors :

- ✓ d'informer précisément la patiente et son conjoint de la situation médicale, des problèmes posés, des solutions possibles ;
- ✓ de réunir le personnel nécessaire au bon déroulement de la naissance et de la prise en charge du nouveau-né : obstétricien, anesthésiste, pédiatre, etc. ;
- ✓ d'organiser sans délai le transfert du nouveau-né vers une unité de soin néonatal, en prévenant le service de néonatalogie, en organisant l'équipe de transfert, ce transfert devant s'effectuer dans les meilleures conditions médicales, les éléments du dossier médical devant suivre le nouveau-né.

b - La situation est particulièrement délicate dans certains cas de pathologie maternelle ou obstétricale pour laquelle on envisage une naissance prématurée délibérée (ou iatrogène), alors qu'il n'y a aucun risque spontané d'accouchement prématuré.

- C'est dans ces cas là que l'information se doit d'être parfaitement complète, compréhensible, afin que les parents puissent comprendre les problèmes médicaux, les difficultés, les différentes solutions. Il faut expliquer précisément :

- ✓ les risques maternels ;
- ✓ les risques fœtaux des différentes attitudes possibles ;
- ✓ expectative ou prolongation de la grossesse ;
- ✓ interventionnisme, en précisant les risques fœtaux de décès ou de séquelles des différentes attitudes.

III COMMENT FAIRE NAITRE LE PREMATURE ?

- ✓ Immédiatement si l'urgence prime : accouchement en cours, urgence vitale maternelle et/ou fœtale.

Il est toujours nécessaire de mettre en route une corticothérapie maternelle de maturation pulmonaire fœtale et tenter de retarder la naissance. L'intérêt de la corticothérapie est indépendant des autres actions thérapeutiques. En cas de rupture des membranes sans signes infectieux, la corticothérapie garde un intérêt.

- ✓ Après tocolyse ou essai de tocolyse avant 34 SA

Le choix d'une attitude étant en général conseillé par le médecin, mais pris en harmonie avec les parents.

Il est tout aussi certain que l'information des parents doit être de plus en plus complète concernant notamment les risques de séquelles des nouveau-nés prématurés ; il ne nous semble toutefois pas qu'un consentement éclairé signé soit aujourd'hui nécessaire.

IV CONCLUSION

Transférer ? Il est clair que la prise en charge des nouveau-nés prématurés est aujourd'hui de plus en plus encadrée par les recommandations et obligations de toute nature. Cette obligation de moyens est aujourd'hui incontournable, et tend à concentrer les naissances à haut risque dans un petit nombre d'unités. Cette concentration a un effet pervers puisqu'elle entraîne une déqualification de certaines équipes médicales qui n'ont plus, qu'exceptionnellement, à faire face à des situations de naissance prématurée.

Mais la prématurité reste une surprise dans un bon nombre de cas, et chaque équipe, doit rester prête à faire face à une naissance prématurée.

Chaque prématurité est un cas individuel et le maître mot est adaptation. Il n'y a pas d'attitude univoque intangible et éternelle.

BIBLIOGRAPHIE 1: [No authors listed] Safe transportation of premature and low birth weight infants. American Academy of Pediatrics. Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics. 1996 May;97(5):758-60.

2: [No authors listed] Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age. Fetus and Newborn Committee, Canadian Paediatric Society, Maternal-Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. CMAJ. 1994 Sep 1;151(5):547-53.

Contre indications maternelles aux transferts ante-nataux

Dr Pierre. BENATIA - *Chef unité S.A.M.U. 34*

Les réseaux de soins périnataux reposent en partie sur le transfert du couple "mère-foetus" des centres périphériques vers les maternités de niveau III.

Dans le cadre de l'Urgence, ces Transferts Inter Hospitaliers (T.I.H.) doivent être médicalisés et sont à la charge du S.A.M.U.

Leur faisabilité est décidée par les trois partenaires responsables :

"le demandeur", le plus souvent obstétricien qui propose le transfert,

"le receveur", véritable référent du réseau,

"le transporteur", représenté par le Médecin Régulateur du S.A.M.U. - Centre 15.

Leur décision est le résultat d'une concertation, au mieux par télé-transmission qui doit tenir compte des contre indications au transport in utero (TIU) qui sont classiquement représentées par :

- l'hématome rétro-placentaire,
- la souffrance foetale aiguë,
- l'accouchement imminent.

Nous envisageons ici les contre indications maternelles à l'exclusion de la souffrance foetale aiguë.

I LE RISQUE D'ACCOUCHEMENT IMMINENT

Un accouchement en dehors d'une maternité et notamment au cours d'un T.I.H. (U.M.H., Hélicoptère) reste un événement à risque pour la mère comme pour l'enfant.

Les probabilités d'accouchement au cours du transport représentent donc une contre indication et reposent sur :

↳ des données cliniques immédiates fournies par "le demandeur" :

- ✓ contractions utérines régulières, modification du col, poche des eaux bombantes, chorioamniotite, réponse médiocre à une tocolyse agressive...
- ✓ Une situation obstétricalement instable contre - indique le T.I.H..

↳ des données logistiques telles que :

l'éloignement de la maternité d'origine, la durée prévisible du transport, le moyen de transport possible, l'instabilité météo en cas de transport hélicoptère (un transport mouvementé augmente le risque d'accouchement inopiné).

II LES PATHOLOGIES MATERNELLES ASSOCIEES

Elles peuvent rendre dangereux le T.I.H..

A - LES METRORRAGIES

- ✓ Métrorragies persistantes sur placenta praevia
- ✓ Hémorragies importantes sur hématome décidual marginal
- ✓ Hématome rétro-placentaire avec mort foetale in utero et troubles de la coagulation

contre indiquent un T.I.H. en "catastrophe" à fortiori lorsqu'apparaissent déjà des signes de gravité : pâleurs, extrémités froides; agitation, polypnée, sueurs, spoliation sanguine importante, Hb < 8 g/100 ml, trouble de la crase sanguine.

Bien entendu, l'hématome rétro-placentaire peut aussi être une contre indication foetale au TIU.

B - LES PATHOLOGIES HYPERTENSIVES

- ✓ Pré-éclampsie sévère chez une patiente présentant : céphalées, troubles visuels à type d'amaurose, signes d'HTA maligne, douleurs épigastriques, hyperréflexie majeure.

Tout signe clinique prédictif d'une crise d'éclampsie doit faire contre indiquer le T.I.H. avant la stabilisation maternelle sous l'effet d'une thérapeutique adaptée.

Le dialogue entre "demandeur" et "receveur" permettra l'optimisation thérapeutique.

Si la stabilisation n'est pas obtenue, la naissance dans l'établissement d'origine s'impose.

- ✓ Hellp syndrome : Complication de la pré-éclampsie définie par la coexistence d'une hémolyse d'une cytolyse hépatique et d'une thrombopénie.

Il peut contre indiquer le transfert maternel lorsque les troubles de la coagulation mettent en jeu le pronostic vital par le biais notamment de complications hémodynamiques et de troubles hémorragiques diffus.

Son traitement, l'interruption de la grossesse par césarienne ou voie basse, devra alors être réalisé avant le transfert.

CONCLUSION

Pierre angulaire de l'organisation en réseau des soins périnataux, le transfert in utero (TIU) a pour principal objectif la diminution de la mortalité périnatale et de la morbidité post natale.

Le respect des contre indications maternelles aux transferts ante-nataux permettra d'atteindre ces objectifs et de ne pas augmenter la mortalité maternelle.

Il faut savoir réfuter un transport qui sera tout autant dangereux pour la mère comme pour l'enfant.

De là, la nécessité d'anticiper les transferts in utero et de les protocoliser.

Ces précautions ont permis au S.A.M.U. 34 de transporter 97 femmes au cours de l'année 2000 sans avoir refusé de transport ni relevé d'aggravation maternelle.

BIBLIOGRAPHIE

1) CHALE J.-J., VIAL M., BRODIN M., COLLADON B., LACROIX A., NISAND L., PALOT M., PAPIERNIK E., SOUTEYRAND P., NAIDITCH M. -

Lieux de naissance et conditions de transferts des enfants de moins de 1500 g ou d'âge gestationnel strictement inférieur à 33 semaines. Arch. Pediatr 1997 ; 4 : 311-9.

2) FRESSON J., GUILLEMIN F., ANDRE M., ABDOUCH A., FONTAINE B., VERT P. -

Influence du mode de transfert sur le devenir à court terme des enfants à haut risque périnatal.

Arch. Pediatr 1997 ; 4 : 219-26.

3) GNGOF, ENSP. - Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque. Conférence de consensus. Recommandations du jury.

Paris 2-3 décembre 1998.

4) PAPIERNIK E. - Transfert maternel et transfert néonatal. Rev. Prat 1995, 45 : 1782-3.

5) TRUFFERT P., LISKA A., DUBOIS A., SUBTIL D., et le GREEP. - La grande prématurité dans le Nord Pas-de-Calais en 1997 : premiers résultats d'une étude en population (EPIPAGE). Arch Pediatr 1999 ; 6 suppl 2 : 261S-3S.

COMPLEMENTES D'INFORMATIONS A LA LETTRE N°0

QUELQUES PRECISIONS

PEDIATRIE EN MATERNITE - DEFINITION ET EXIGENCE

La nomenclature générale des actes professionnels pédiatriques (SS) prévoit actuellement la cotation de l'appel anté-natal, de la réanimation immédiate et la mise en condition pour transfert.

Elle prévoit également la cotation d'une consultation le premier jour ainsi qu'une consultation dite du 8ème jour (consultation de sortie).

Actuellement la pédiatrie en Maternité dite de NIVEAU 1-B n'est reconnue qu'en tant que « surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée. (décret n°98 900 du 9 oct 1998) : par 24 heures (coefficient 9) ».

INFO-CONGRES

XIème Rencontres Nationales de Périnatalité de BEZIERS « L'AMOUR MATERNEL AU PLURIEL » 26 Avril et 27 Avril 2001 Palais des Congrès. Renseignement : Dr Marciano tél : 04 67 35 70 78

LES ECHOS DE LA COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE ET LES TRANSFERTS IN UTERO

Le fonctionnement pour une médecine périnatale de qualité suppose des transferts inter-établissements.

Un sous groupe de la Commission Régionale de la Naissance s'est réunis à plusieurs reprises, depuis Novembre 1999 pour une réflexion autour de ces transferts maternels et de nouveau-nés.

L'accent a été mis sur la nécessité de définir des niveaux de transfert :

NIVEAU 1 : sans accompagnement infirmier ni accompagnement médical,

NIVEAU 2 : avec accompagnement infirmier,

NIVEAU 3 : avec accompagnement médical.

Les transferts médicalisés relèvent, pour la Région Languedoc-Roussillon, des trois SAMU : 34, 66 et 30.

La création d'une cellule régionale d'orientation destinée à faciliter les transferts médicalisés maternels et de nouveau-nés, est un projet dont la concrétisation est espérée prochainement.

D'ores et déjà, les acteurs du Réseau se doivent de définir leur rôle respectif. Le sous - groupe "TRANSPORT" de la Commission Régionale de la Naissance souhaite la rédaction d'un document formalisant les engagements respectifs des acteurs du réseau en matière de transports maternels et de nouveau-nés.

C'est pourquoi vous trouvez ci-joint le document émanant du Réseau SANTE NAISSANCE pays de LOIRE concernant les transferts maternels.

Nous attendons vos remarques et vos suggestions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES TRANSFERTS MATERNELS ET NEONATALS

PRENATAL AND NEONATAL MEDICINE - Maternal an Neonatal Transport in Europe - Report of the European Network for Perinatal Transport (EUROPET) - Parthenon Publishing - Volume 4, Supplement 1, December 1999, ISSN : 1359-8635

La Lettre des Actualités Périnatales est financée par la DRASS et l'URCAM du Languedoc Roussillon