

Janvier,  
Février,  
Mars 2004

N° 13



Le lien entre  
les professionnels  
de la périnatalité

# La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

## Rédacteur en Chef

Dr Françoise Montoya  
Hôpital Arnaud de Villeneuve  
Pédiatrie II  
371, Av. du Doyen Giraud  
34 295 Montpellier Cdx 5  
Tel.: 04 67 33 66 06

## Coordination-Directeur de la rédaction et de la publication

Catherine Cecchi - Cadre supérieur de Santé  
GEN Languedoc-Roussillon  
Hôpital Arnaud de Villeneuve  
371, Av. du Doyen Giraud  
34 295 Montpellier Cdx 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. Culiandez, pédiatre,  
M. Dedieu, cadre puéricultrice, M.C. Passouant URCAM,  
D. Héve, médecin DIM, M. Grémy MIRS DRASS,  
M. Hoffet, gynécologue-obstétricien, P. Marciano, pédopsychiatre,  
N. Meier, pédiatre CAMPS, M. Panthène, gynécologue-obstétricien,  
F. Pérez, sage-femme, J.-C. Picaut, professeur pédiatrie,  
J. Rambaud, médecin-URML.

## EDITORIAL

Dr Françoise MONTOYA  
Rédacteur en Chef

**L**a première préoccupation générée par la pratique de soins en réseau est celle d'assurer au mieux les transferts maternels ou de nouveau-nés entre les établissements.

Certes une vision utopique des choses pourrait laisser imaginer que les risques ayant été identifiés bien en amont, les femmes enceintes seraient orientées vers l'établissement de niveau adapté et qu'il n'y aurait plus de transferts, en tout cas de nouveau-nés. La réalité, nous le savons, est autre parce que le risque n'est pas toujours simple à anticiper soit du fait de la pathologie, soit du fait des conditions d'exercice des praticiens, soit aussi du fait des patientes elles-mêmes pour des raisons très diverses. Les **transferts maternels ou de nouveau-nés** sont le reflet du fonctionnement du réseau, mais ils ne représentent que la partie visible de l'iceberg : le réseau vit aussi par ses **orientations**. L'orientation optimale et au bon moment peut éviter un transfert maternel ou un transfert de nouveau-né.

Dès la mise en place du concept de soins gradués en obstétrique et périnatalité (décrets 1998), la CRN s'est attachée à promouvoir une optimisation des transferts et orientations. Une réflexion commune des trois SAMU (34-30-66) assurant ces transferts a été menée dès 1998, la généralisation d'une fiche transfert néonatal a été actée et les praticiens ont définis des niveaux de transport (I, II, et III) pour rationaliser le recours au SAMU. La création d'un **Centre Régional d'Orientation Périnatale (CROP)** vient de se concrétiser. Son but n'est pas de se substituer au SAMU qui assure régulation et transport mais de proposer une aide décisionnelle : aide à l'évaluation d'une situation, aide à la prise en charge sur site ou au conditionnement avant transfert, aide enfin à trouver une place quand le correspondant habituel ne peut accepter le transfert.

**Le CROP Languedoc-Roussillon est entré en fonction le 1er février 2004.**

Bien sûr tout n'est pas résolu pour autant et le manque de places génère des transferts hors-région, mais les mouvements se font dans les deux sens et nous accueillons aussi des transferts provenant d'autres régions. L'optimisation des transferts suppose aussi une orientation et une régulation inter-régionale que permettent SAMU et CROP. Votre participation est fondamentale. **L'anticipation du risque est l'élément essentiel de la prise en charge périnatale et vous êtes « en première ligne ».** Vous êtes aussi les mieux à même d'apprécier le fonctionnement du CROP et de suggérer d'éventuelles améliorations : **communiquez, appelez les praticiens du CROP, utilisez la boîte de dialogue sur le site perinat-lr.org.** Appropriiez-vous l'outil qui est mis à votre disposition et aidez-nous à le perfectionner.

Les fiches contenues dans le dossier CROP, remis à chaque établissement, vont permettre de prendre conscience de l'ensemble des transferts et orientation dans le réseau. L'analyse de ces fiches permettra une première approche du fonctionnement en réseau dans notre région. ■

Le Centre Régional d'Orientation Périnatale est fonctionnel depuis février 2004. Sa mise en place répond à trois objectifs : d'abord fournir une assistance aux praticiens de la région exerçant dans le domaine de la périnatalité, ensuite proposer des sessions de formation afin d'acquérir ou maintenir une prise en charge correspondant au niveau de l'établissement. Enfin, il s'agit de produire une évaluation des transferts de mères et d'enfants au sein de la région Languedoc-Roussillon, en considérant qu'il s'agit des marqueurs intéressants des pratiques en périnatalité.

Ainsi, le CROP n'est pas là pour intervenir au niveau de TOUS les transferts de mères et/ou d'enfants qui ont lieu en Languedoc-Roussillon. Le détail des procédures de transfert est présenté par les praticiens du CROP depuis un mois, à l'occasion de réunions qui ont lieu sur chaque site. **Dans chaque salle de naissance, un classeur est mis à disposition des praticiens et des sages-femmes. Il reprend les différentes procédures.**

**L'objectif principal est d'améliorer l'organisation** de façon à garantir une prise en charge des mères et des enfants adaptée au niveau de risque et à la pathologie. Si **le CROP** se charge de **l'orientation des patientes**, **le SAMU** continue à assumer **la régulation** des transferts et **l'organisation du transfert** lui-même.

**Pour mener à bien sa mission de formation**, le CROP met à disposition de la région des compétences médicales dans le domaine de l'obstétrique et de la néonatalogie, mais aussi des compétences de sage femmes et de puéricultrices. Des sessions de formation théorique sur certains points particuliers seront proposés (en fonction des besoins ressentis par les praticiens sur le terrain). Ces formations théoriques seront complétées par des formations sur site, en fonction des besoins spécifiques de chaque établissement.

Des demandes sont déjà apparues concernant la mise en place de la ventilation non invasive pour pression positive continue dans certains centres de niveau II, mais aussi concernant la mise en condition des mères et des enfants avant transfert, ou le développement des compétences dans le domaine de la prise en charge des nouveaux-nés selon les règles du NIDCAP.

**Enfin, la mission d'évaluation ne doit pas être négligée car c'est à partir des évaluations de nos pratiques que les progrès seront effectués.** Dans le cadre des bilans effectués dans les comités de suivi des conventions signées entre les établissements de la région, il est apparu l'impérative nécessité que chaque centre évalue son activité de façon simple mais précise (nombre d'accouchements, nombre de mères transférées, durée d'hospitalisation des enfants, etc...). Ceci est particulièrement vrai pour les centres de niveau II dont l'activité de prise en charge des enfants présentant une prématurité modérée va augmenter de façon significative.

Par ailleurs, nous nous sommes donné les moyens d'évaluer nos transferts en proposant à l'ensemble des praticiens de la périnatalité **une Fiche de Transfert** (un feuillet simple contenant des informations précises sur le transfert) et **une Fiche de Liaison du Réseau Périnatal en Languedoc-Roussillon**, dont l'objectif est de remplacer le courrier qui était préalablement utilisé entre praticiens et qui n'était pas toujours en mesure de fournir des renseignements assez précis pour garantir une qualité de prise en charge optimale des mères et des enfants.

Au total, la mise en place du CROP devrait être un **élément fondamental d'amélioration de la qualité de la prise en charge des mères et des enfants** dans le cadre du réseau périnatal en Languedoc-Roussillon. Il doit permettre d'éviter les transferts de mères ou d'enfants loin de leur domicile, voire hors région.

*Chacun doit prendre conscience qu'il existe peu d'autres régions en France qui disposent d'un outil aussi complet. Il a vu le jour en raison d'une motivation importante des praticiens, des autorités de tutelle et des institutions dans notre région. ■*

Les fiches du dossier CROP sont téléchargeables sur le site [perinat-lr.org](http://perinat-lr.org), portail professionnel, rubrique CROP.

# TRANSFERTS DE NOUVEAU-NÉS HORS REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON EN 2003

Dr P. BENATIA - Dr I. GIRAUD - SAMU 34 - MONTPELLIER

L'organisation et la régulation des transferts sont organisés par les SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). Il en existe 5 (un par département) dans la région Languedoc-Roussillon. Les transports à proprement parler, sont réalisés par les SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation). Au niveau de chaque département, la régulation est réalisée grâce à un numéro unique, le 15.

Les transferts de nouveau-nés hors région sanitaire ont concerné en 2003, environ 91 enfants.

Schématiquement, ils concernent 3 types de transferts :

- ✓ Les transferts par manque de place dans les services de réanimation néonatale pouvant être appelés **TPAnn** (Transfert par manque de **P**lace d'**A**ccueil pour **n**ouveau-**n**és)
- ✓ Les transferts de nouveau-nés après stabilisation de leur état clinique pourraient être appelés **Transferts pour R**approchement **F**amilial pour **n**ouveau-**n**és (**TRFnn**). Le retour de nouveau-nés s'effectue dans l'établissement de niveau approprié, à proximité de la famille.
- ✓ Les transferts de nouveau-nés pour spécialité pouvant être dénommés **THSnn** (Transfert **H**yper **S**pécialisé pour **n**ouveau-**n**és)

## 1. Transferts effectués par manque de place d'accueil de ces nouveau-nés «TPAnn» :

Soit, les nouveau-nés sont transférés de la région du Languedoc-Roussillon vers un service de réanimation néonatale d'une autre région sanitaire par manque de place. Rarement, il s'agit d'un manque de place dans des maternités de niveau II.

Le Samu 34 a réalisé 3 transports en 2003, un vers Lyon et deux vers Toulouse.

Le Samu 30 a effectué une dizaine de transports vers d'autres régions sanitaires.

Le Samu 66 a quant à lui, transporté 5 nouveau-nés vers essentiellement le CHU de Toulouse.

Soit, les nouveau-nés sont transférés d'un centre de niveau I, II ou III d'une région sanitaire autre que le Languedoc-Roussillon vers essentiellement, les services de réanimation du CHU de Montpellier et Nîmes.

Le Samu 34 a ainsi réalisé en 2003, 10 transferts de nouveau-nés essentiellement de la Région Midi-Pyrénées ; 7 enfants en provenance de Millau, 2 en provenance de Rodez et 1 de Saint Affrique. Il est à noter que ces hôpitaux bien que situés hors de la région sanitaire du LR, sont traditionnellement rattachés à notre région.

Les autres transferts vers notre région sanitaire (Montpellier et Nîmes) concernent :

- Région Rhône Alpes : 5 nouveau-nés transportés par le Smur de Aubenas et 5 enfants par le Smur de Valence.
- Région Midi Pyrénées : le Samu 31 a effectué 1 transport

- Région Provence Alpes Côte d'Azur : les nouveau-nés viennent essentiellement d'Avignon (3 transports effectués en 2003) et Marseille (1 nouveau-né).

## 2. Transferts pour Rapprochement Familial «TRFnn» :

Les nouveau-nés initialement hospitalisés dans les services de réanimation pédiatrique de Nîmes et Montpellier sont ensuite et ce dès que possible, rapatriés par les Smur de Montpellier (9 retours en 2003) et de Nîmes (10 retours), vers leur région sanitaire d'origine, dès stabilisation de leur état clinique.

## 3. Transferts pour spécialité «THSnn» :

Les transports hors région sanitaire sont effectués à partir du CHU de Montpellier vers des CHU d'autres régions sanitaires mais essentiellement :

- Marseille où sont transférés les enfants porteurs d'une cardiopathie congénitale et orientés vers le service de chirurgie thoracique. 18 transports ont été réalisés en 2003.
- Les Hôpitaux de la Région Parisienne ; Necker (1 cas en 2003), Robert Debré (1 transfert), Saint Vincent de Paul (2 en 2003) et le Kremlin Bicêtre (1 transfert) où sont dirigés les nouveau-nés porteurs de malformations ORL ou atteints de maladies métaboliques rares et/ou graves.

Ces transports de nouveau-nés, bien que peu nombreux (moins de 50 pour le SAMU 34) sont néanmoins difficiles à réaliser pour la plupart d'entre eux, et nécessitent des équipes de transfert entraînées et un matériel adapté. De surcroît, ils peuvent être consommateurs de temps médical si les conditions météorologiques imposent un transport routier plutôt qu'un transport par voie aérienne, sur une longue distance.

Il est à remarquer qu'à l'heure actuelle :

Les transferts qui sont réalisés par les Smur des autres départements ne sont pas répertoriés.

Le niveau d'informatisation des 5 centres 15 de la région est hétérogène.

Seul 3 centres en Languedoc-Roussillon (Nîmes, Montpellier, Perpignan) effectuent les transports.

Bien qu'ils doivent être limités au strict minimum, ces transferts de nouveau-nés inter-régionaux sont à prendre en compte car ils représentent une véritable soupape de sécurité, pour le réseau du Languedoc-Roussillon, en cas de manque de place en réanimation. Cela implique l'instauration de relations inter-régionales vraies et personnalisées.

Il serait intéressant de bien définir ces différents transports de nouveau-nés (TPAnn, TRFnn et THPnn ?) afin de mieux les cibler et les répertorier. ■

# TRANSFERTS DE NOUVEAU-NÉS EN REGION REGION LANGUEDOC ROUSSILLON EN 2003

Dr M. BADR - Pr JC PICAUD - MONTPELLIER

**Le recueil des données concernant les transferts in utero et les transferts des nouveau-nés sont des marqueurs de la qualité de l'organisation du réseau périnatal.**

On considère que les nouveau-nés bénéficient d'un **transfert** lorsqu'ils sont transportés d'un établissement à un autre, et d'une **mutation** lorsqu'ils sont transportés d'un secteur à un autre, dans le même établissement.

*Si l'analyse des mutations permet d'évaluer la qualité des pratiques dans chaque établissement, ce sont bien les informations concernant les transferts de nouveau-nés qui sont instructives pour l'évaluation du réseau périnatal.*

Il s'agit des transferts de niveau I vers les établissements de niveau II et III, de niveau II vers III mais aussi des re-transferts de niveau III vers niveau II.

Il n'existe actuellement aucun d'un bilan exhaustif des transferts en Languedoc-Roussillon. En 2002 et 2003, le service de néonatalogie de l'hôpital Arnaud de Villeneuve, ainsi que les praticiens du CROP ont travaillé sur l'élaboration d'un outil intitulé Fiche de Liaison du Réseau Périnatal en Languedoc-Roussillon. Pour commencer, cette fiche a été évaluée dans l'Hérault.

Nous avons utilisé initialement la fiche de liaison obstétrico-pédiatrique expérimentale proposée dans le cadre d'un dossier AUDIPOG. Cette fiche, assez complète, à permis de recueillir des informations, mais uniquement dans les centres extrêmement motivés. Pour pallier à la complexité et au manque de convivialité de cette première fiche, une nouvelle fiche a été proposée aux praticiens travaillant dans le domaine de la périnatalité en Languedoc-Roussillon.

**Cette fiche de liaison a pour objectif de remplacer le courrier manuscrit qui accompagnait les patientes et les enfants lors d'un transfert d'un établissement à l'autre.** En effet, bien que simplifiée cette fiche est beaucoup plus complète qu'un simple courrier, garantissant une bonne transmission des informations nécessaire à une prise en charge optimale des patientes et des enfants. Les périodes d'évaluation de la fiche de liaison ont couvert trois mois de l'année 2002 et six mois de l'année 2003. Au delà des informations fournies par ce travail concernant les items de fiche de liaison, il a été possible d'obtenir un certain nombre de données d'activité du Réseau Périnatal de l'Hérault en 2003.

Ainsi, on relève encore un certain nombre de dysfonctionnements au niveau du réseau puisque certains éta-

blissements de niveau I transfèrent encore un très grand nombre de nouveau-nés. **Ceci laisse suggérer que l'orientation des mères pourrait être améliorée, afin de privilégier les transferts in utero par rapport aux transferts après la naissance.** Par contre, il apparaît relativement peu de transferts des établissements de niveau II vers le niveau III suggérant que l'orientation des mères est satisfaisante dans ces structures. L'analyse des transferts des nouveau-nés vers le centre de niveau III de l'Hérault, montre une nette diminution des transferts pour infection materno-fœtale.

Ainsi, ces enfants qui étaient auparavant hospitalisés pendant deux à trois jours dans les centres de niveau III, afin de s'assurer qu'il n'y avait pas d'infection materno-fœtale, restent maintenant près de leur mère, dans les centres de niveau II. Un quart des nouveau-nés admis dans le centre de niveau III de l'Hérault provenaient de l'extérieur de ce centre (50 % provenant de niveaux II, 50 % provenant de niveaux I). Un grand prématuré (âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA) sur 6 est né en dehors de cet établissement de niveau III, ce qui ne correspond pas aux recommandations actuelles. Enfin, les relations entre les trois établissements de niveau III de la région fonctionnent puisque 20 % des transferts in utero provenaient des deux autres établissements de niveau III : il s'agit des enfants les plus immatures ou présentant une pathologie chirurgicale.

**A noter que 10 % des transferts in utero vers le centre de niveau III de l'Hérault provenaient d'établissements situés hors région.**

**Ce dernier point reflète l'attractivité des établissements de soins de la région Languedoc-Roussillon dans le domaine de la périnatalité.** Toutefois, les moyens attribués par les autorités de tutelle correspondent au montant nécessaire pour prendre en charge les enfants dans notre région. Une réflexion inter-régionale sur la prise en charge des mères et des enfants originaires des régions limitrophes au Languedoc-Roussillon, devra être engagée dans un avenir proche.

L'évaluation des transferts de nouveau-nés est donc un moyen important d'appréciation de nos pratiques au sein du réseau périnatal en Languedoc-Roussillon. Au cours des réunions de suivi des conventions signées entre les différents établissements de la région, ceux-ci se sont engagés fermement à recueillir les données de leur activité de l'année 2004. Cela permettra de disposer de données claires pour mettre en place ou de faire évaluer les moyens appropriés pour la prise en charge des mères et des enfants dans notre région. ■

## CROP : NOTRE EXPERIENCE

Mme FABRE, Surveillante Maternité, Mme JULIEN, Directrice - Clinique Notre Dame d'Esperance - Perpignan

Depuis janvier 2004, nous avons eu l'occasion de faire appel au CROP à deux reprises pour des transferts in-utéro. L'intervention de cette cellule régionale d'orientation périnatale par le biais de son coordinateur a permis d'effectuer ces transferts dans un laps de temps réduit, l'écoute et les réponses apportées au personnel soignant et aux praticiens ont répondu à nos attentes. Le fait qu'il y ait un seul interlocuteur pour regrouper, orienter et gérer toutes les situations d'urgence est, pour les établissements, un gage de sécurité et de qualité.

Il est indispensable que cette organisation se pérennise dans le temps.

Les formations proposées aux sages-femmes, la connaissance du fonctionnement du réseau et les moyens mis à disposition vont permettre une collaboration plus étroite et un développement rapide de ce Centre. Malgré tout, une question reste en attente : que deviennent les conventions de partenariat signées entre les établissements et les centres hospitalier pour les transferts ? ■

## LE CROP, SON FONCTIONNEMENT

V.LECOINTE, SF Cadre supérieur de santé, F. DOMERGUE, Cadre SF - CHU Arnaud de Villeneuve - Montpellier.

Le Centre Régional D'orientation Périnatale (CROP) a fait ses "premiers pas" le 1er Février 2004.

Sous l'impulsion des Professeurs P. BOULOT, JC. PICAUD et du Dr. P. BENATIA, l'orientation périnatale a pu voir le jour.

Rattachée à la fois au service d'obstétrique «C» et de pédiatrie II du CHU, elle a son affectation opérationnelle sur le bloc obstétrical de l'Hôpital Arnaud de Villeneuve.

**Le CROP fonctionne 24h/24 en liaison avec les Centres 15** des départements de la Région Languedoc-Roussillon, **et lorsque le besoin l'impose la collaboration est étendue aux centres 15 hors région**, en particulier les Hôpitaux de l'Assistance Publique de Marseille (Provence Alpes Côte d'Azur) et le CHU de Toulouse (Midi-Pyrénées), étant nos partenaires directs dans l'Orientation en cas de difficultés d'accueil sur la région.

Les interlocuteurs des praticiens des établissements demandeurs des transferts in-born ou out-born sont les praticiens obstétriciens ou pédiatres référents du centre d'orientation et/ou le sénior de garde sur le CHU.

Ils sont dans leur fonction relayés lors des appels, par les Sages-femmes de l'équipe du bloc obstétrical qui a été renforcée par la création de trois postes supplémentaires qui sont venus s'ajouter à l'effectif existant dans le cadre d'un Contrat d'Objectif et de Moyens.

La réception des appels 24h/24 est faite par les sages-femmes qui à tour de rôle prennent la mission fonctionnelle et opérationnelle de l'orientation des "Transferts".

Cette mission a été ajoutée au profil de poste des sages-femmes du bloc obstétrical, elle a fait l'objet d'une sensibilisation de l'équipe et d'une adaptation à l'emploi qui est passée par une formation-action à l'orientation et à la régulation périnatale.

Les Etablissements Publics ou Privés de Soins faxent au quotidien entre 11 et 13 heures, l'état de leur lits disponibles.

**Les missions de la sage-femme d'orientation périnatale sont :**

- ▶ L'analyse du motif de l'appel.
- ▶ Le recueil exhaustif des informations médicales de la patiente
- ▶ L'évaluation primaire du degré d'urgence
- ▶ L'appel de l'obstétricien et du pédiatre du CROP de garde pour référer de la situation si besoin au travers d'une conversation à 3 voir étendue à 4 avec la Régulation du SAMU pour éviter la répétitivité des informations données par le demandeur.

**C'est l'obstétricien et le pédiatre du CROP dans la journée et/ou le senior (obstétricien ou pédiatre) de garde pour la nuit, les week-end et jour fériés qui décident d'un transfert immédiat ou différé de la patiente ou du nouveau-né.**

Elles ont pour finalité de mettre en relation, après concertation obstétricale et/ou pédiatrique, de la façon la plus adaptée au besoin :

- ▶ le demandeur avec le service « receveur » accueillant le "Transfert Maternel ou Pédiatrique"
- ▶ le demandeur avec le SAMU de son département ou le Centre 15 de Montpellier, selon les particularités nécessaires au transport.

**Le moyen de transport sera alors déterminé par le SAMU seul responsable de la Régulation.**

Cependant, en cas d'absence de critères d'urgence évalué par le CROP, **après avis du SAMU**, le choix du transporteur ambulancier non médicalisé pourra être laissé à l'établissement demandeur.

Des outils d'aide à la décision tant obstétricale que pédiatrique ont été développés sous forme de fiches techniques, documents de synthèse, ce sont aujourd'hui les outils indispensables à la tenue du poste d'orientation.

Des procédures sur la tenue du poste d'orientation ont été rédigées, elles s'intègrent dans la démarche qualité de l'établissement et figurent dans le rubrique organisation prise en charge du patient.

Une évaluation des dossiers traités par le Centre est prévue à moyen terme, par les Obstétriciens et Pédiatres référents du CROP. ■

Numéro d'Appel du CROP  
**04.67.33.61.20.**

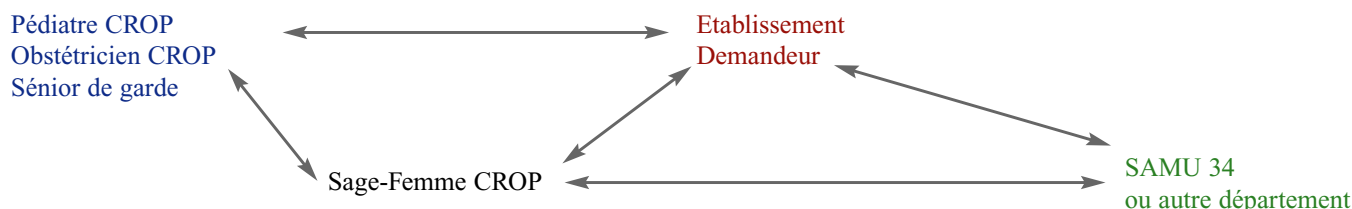
Fax en lien avec le CROP  
**04.67.33.64.58.**

## RÉSUMÉ DES INTERACTIONS DANS LE CADRE DE L'ORIENTATION PÉRINATALE

Pour un Transfert Maternel (TM), l'Obstétricien "CROP" décide du transfert immédiat ou différé en concertation avec l'Etablissement demandeur et le Pédiatre Néo-natologue.

Pour un transfert Néo-natal (TNN), le Pédiatre "CROP" décide seul du transfert et du lieu de transfert à partir des disponibilités recensées par la Sage-Femme.

Pour l'organisation du transfert, la Sage Femme "CROP" met en relation l'établissement demandeur avec le SAMU 34 ou le SAMU de son département seul habilité à réaliser la régulation des transports d'Urgence. ■



La Fiche de Transfert Pédiatrique est établie par l'Établissement Demandeur.

La formation des Sages-Femmes qui est une **FORMATION-ACTION** a été le fruit d'une collaboration entre le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence du CHU de Montpellier) et l'équipe **Obstétrico-Pédiatrique** du CHU Arnaud de Villeneuve-Montpellier.

Elle est aujourd'hui coordonnée par Mme DOMERGUE, Sage-Femme Cadre, responsable du Centre Régional d'Orientation Périnatale et Mme LECOINTE, Sage-Femme Cadre Supérieur, responsable du «Pôle Naissance et Pathologie de la Femme» au CHU de Montpellier.

Le programme de formation de 16 heures comporte :

- ♦ 3 demi-journées de 3 heures consacrées à la connaissance Obstétricale et Pédiatrique du Réseau Périnatal, des différents niveaux de prise en charge, des possibilités techniques d'accueil des mères et des nouveau-nés, des modalités, des modalités de transferts et d'orientation, des aspects médico-légaux.

- ♦ 1 journée de 7 heures animée par l'équipe du SAMU sur les éléments décisionnels du vecteur, les transport et la gestion des appels.

Les demi-journées ont été ouvertes aux Sages-Femmes et Cadres Sages-Femmes des Etablissements Publics et Privés de Santé dans le but de leur permettre d'acquérir une meilleure connaissance de l'environnement et des conditions de fonctionnement du centre.

In fine, l'ensemble des Sages-Femmes du CHU sera formé à l'Orientation. Une seconde session de formation est d'ores et déjà prévue début Décembre 2004.

Sur le site [www.perinat-lr.org](http://www.perinat-lr.org),

portail professionnel sécurisé vous trouverez :

♦ **A la rubrique formation**

Le détail du programme et les modalités d'inscription à la Formation - Action

♦ **A la rubrique CROP**

Toutes les fiches du CROP, (ces documents sont téléchargeables au format PDF).

♦ **Aux rubriques CROP et transfert**

Un lexique spécifique : transferts, orientations, mutations...

■ **La lettre  
des Actualités Périnatales du  
Languedoc-Roussillon**

est financée par : la DRASS, l'URCAM,  
l'Union Régionale des Médecins Libéraux  
du Languedoc Roussillon, le CHU de  
Montpellier.

N° ISSN 1634-3506

