



La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon

Rédacteur en Chef

Pr J.C. Picaud
Pédiatrie II Hôpital Arnaud de Villeneuve
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
Hôpital Arnaud de Villeneuve GEN Languedoc-Roussillon
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 éditorial

P. Cullanez, pédiatre, M. Dedieu, cadre puéricultrice, I. Giraud, médecin urgentiste, M. Grémy MIRA DRASS, D. Héve, médecin DIM, M. Hoffet, gynécologue-obstétricien, J.B. Mariette, pédiatre, G. Masson, gynécologue-obstétricien, N. Meier, pédiatre CAMPS, M.C. Passouant URCAM, J. Rambaud, médecin-URML.

Nul n'ignore que **Françoise Montoya** nous a quitté le 12 décembre 2006 ; Cette Lettre des Actualités périnatales est la première publiée après son décès. Il nous est paru évident qu'il fallait la commencer en lui rendant un vibrant hommage. Françoise Montoya était une personnalité très riche.

Ses pairs, la considéraient comme une pédiatre néonatalogiste hors du commun, associant à un sens clinique aigu, une connaissance encyclopédique. A ces qualités, coexistaient aussi une très grande qualité d'écoute des parents et un souci permanent du respect de leur place dans les soins de l'enfant. Dans ses relations avec ses collègues, elle savait à la fois être à l'écoute, poser les problèmes et faire preuve d'une grande capacité de persuasion et ce, sans jamais heurter ces interlocuteurs. Elle a su anticiper et impulser dans notre région, toutes les mutations de la médecine périnatale, organisation de soins gradués, politique de transfert, soins de développement, dossier périnatal commun, et cette liste n'est pas close. A chaque fois, elle a été une interlocutrice respectée et incontournable aussi bien pour la DRASS, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie que l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

En un mot, aussi bien au près de ses collègues que des institutions, elle a su être une personne référente à la fois d'une extrême simplicité et d'une grande diplomatie. Ces dix dernières années, notre région a considérablement amélioré ses résultats dans le domaine de la Périnatalité. Françoise Montoya y a apporté une contribution majeure. Le meilleur hommage que nous puissions lui rendre, c'est de poursuivre cette ambition. L'ensemble du Comité de Rédaction, se faisant ainsi l'écho de tous, renouvelle à sa famille, ses plus sincères condoléances

Docteur Michel Grémy

Editorial

Pr Jean Charles PICAUD

Nous avons souhaité consacrer cette première Lettre des Actualités Périnatales de l'année 2007 à la problématique des transferts et des re-transferts des nouveaux-nés, c'est une question importante pour la santé des mères, des enfants, pour les familles et pour tous les professionnels de la périnatalité.

En effet, ces transferts nécessitent une organisation et une réalisation parfaite afin de limiter les conséquences délétères du transport chez ces enfants fragiles, quand le transfert in-utero n'a pas été possible. Ainsi, **I Giraud et R Dumont**, nous présentent le module de transport spécifiquement mis en place par le SAMU 34 pour les transports pédiatriques.

L'organisation des soins en périnatalité, sur la base d'un réseau régional et de la mise en place de structures dédiées à l'orientation des mères et des enfants depuis quelques années, a permis de réduire très significativement le nombre de transferts postnataux de grands prématurés. L'organisation de ces structures peut être variable selon les régions. La cellule régionale d'orientation périnatale (CROP) en LR a été présentée dans la lettre des Actualités Périnatales N°13 lors de sa mise en place en 2004. Il est possible d'estimer l'impact de telles mesures en analysant un critère simple : le nombre de transferts postnataux de grands prématurés. Alors que l'étude EPIPAGE, réalisée en 1997 en Languedoc-Roussillon (LR) avait montré qu'un grand prématuré sur trois (33%) naissait en dehors d'un centre de niveau 3 ("outborn"), les dernières données du tableau de bord régional de la grande prématurité (2003-2005) nous ont montré que 9 enfants sur 10 (91%) naissent actuellement dans un centre de niveau 3, c'est-à-dire adapté à leur niveau de risque. Le **Dr M Badr**, pédiatre de la cellule régionale d'orientation périnatale (CROP) en LR, présente des données chiffrées concernant les transferts et re-transferts au sein de la région L-R. Le Dr Badr et **N Barco**, puéricultrice de la CROP, ont organisé plusieurs

réunions dans toute la région au cours de l'année 2006, aboutissant à la rédaction de fiches d'information sur les établissements, validées par les directions et mises à disposition des familles et des professionnels (site www.perinat-lr.fr, portail professionnel). Malgré la qualité de l'organisation des soins en périnatalité, il existera toujours des situations d'accouchements prématurés inopinés, ce qui justifie que chaque professionnel de la périnatalité en région Languedoc-Roussillon dispose des compétences nécessaires pour prendre en charge ces enfants. La rédaction de référentiels régionaux de pédiatrie en maternité accessibles à tous les professionnels concernés sur le site www.perinat-lr.fr, portail professionnel et la mise en place d'une formation continue universitaire en novembre 2007, répondent notamment à cet objectif. Par ailleurs, le site internet est un outil parfaitement adapté pour diffuser une information auprès des parents et des professionnels, ainsi que le montre **C Cecchi** qui, au sein du GEN-LR, mène le projet "information-communication périnatale en LR et PACA-Corse".

En effet, nous avons été sollicités en 2006 par les professionnels de la région PACA-Corse pour animer en commun les politiques d'information-communication en direction du grand public et des professionnels. Nous laissons la parole aux professionnels de la région PACA-Corse pour qu'ils témoignent dans cette lettre, de la façon dont sont organisés les transferts des nouveau-nés dans leur région. **A Claquin, C Dageville** nous présentent l'expérience du réseau Sécurité Naissance PACA Est - Haute Corse - Monaco, **Y Rimet** celle du réseau Périnat Sud. Ce n'est que le premier élément d'une mutualisation des moyens en terme de communication en périnatalité.

Le grand dynamisme dont font preuve les professionnels des deux régions pour mettre à disposition des informations précieuses nous laisse penser que l'outil de communication en périnatalité devrait connaître un développement rapide, puisqu'il répond à un véritable besoin des professionnels et des usagers.

Présentation du nouveau module de transport pédiatrique en Languedoc Roussillon

Isabelle GIRAUD (Médecin - SAMU 34) - Richard DUMONT (Médecin - SAMU 34)

Pour transporter le nouveau-né nécessitant une prise en charge par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), le nouveau-né est conditionné dans une unité de transport pédiatrique adaptable aux moyens de transports aériens ou terrestres. Cette unité de transport pédiatrique est constituée d'un incubateur et du matériel nécessaire au monitoring et à la réalisation de tous les gestes de réanimation.

Le choix de ce module de transport devait répondre à plusieurs impératifs:

- Mobilité,
- Autonomies énergétique et gazeuse,
- Poids compatible avec un brancardage assuré par 4 personnes.
- Adaptation aux vecteurs de transport terrestre et aérien,

L'incubateur

Il est nécessaire d'avoir un incubateur aux normes et performant pouvant être installé dans les différents hélicoptères (type EC 135 - EC 145) ainsi que dans les avions d'EVASAN loués par l'hôpital. Le choix s'est donc porté pour l'incubateur type Médipréma-NITE pour plusieurs raisons:

- ses performances en qualité de chauffe (rapidité de montée en température et maintien de l'équilibre thermique) nous ont donné satisfaction,



- sa conception permettant une accessibilité des deux côtés de l'incubateur,
- son volume suffisant pour assurer un transport de qualité et éventuellement la prise en charge simultanée de jumeaux de faible poids.

Le support d'incubateur

Cet incubateur est posé sur une civière adaptée à notre hélicoptère et pouvant être sangleée de façon sécuritaire sur les différents brancards (équipés de roues) utilisés dans tout type d'ambulance. Ce choix était rendu indispensable pour pouvoir introduire la couveuse dans l'hélicoptère EC 135, l'introduction et la sortie de la machine se faisant par la porte latérale.

L'autonomie électrique

En poursuivant la philosophie du SAMU 34, cette civière est également pourvue du matériel rendant la couveuse autonome dans quelque vecteur qu'elle se trouve.

Ainsi elle possède:

- une source d'énergie par batteries incorporées permettant une autonomie en chauffe de 30 à 40 minutes,
- un système de branchement mixte :
 - aux prises 12/24 volt 20A présentes dans les unités mobiles hospitalières (ambulances), les hélicoptères et les avions,
 - aux prises 220 volt présentes dans les services et certains vecteurs.
- ce système de branchement mixte permet le fonctionnement de la couveuse et la recharge de l'ensemble du matériel fonctionnant sur batterie.

Le matériel permettant la réanimation

La civière comporte également :

- un **scope permettant le monitoring simultané** de la température, la tension artérielle, la fréquence cardiaque et respiratoire, la saturation en oxygène.
- **Un respirateur adapté au nouveau né**, avec contrôle précis de la FiO₂ et de la Pression de fin d'expiration (Pression Expiratoire Positive, PEP) alimenté par un obus d'air (0,5 m³) et un obus d'O₂ (0,5 m³) avec deux prises annexes permettant un raccord sur des sources extérieures d'air et d'O₂. En effet les petits obus incorporés à la civière ne sont destinés qu'à assurer l'alimentation lors des transferts entre deux vecteurs ou entre le vecteur et l'unité d'hospitalisation.
- **Un système de maintien du nouveau-né grâce à un matelas à dépression** permettant une modulation de la position du petit malade avec des cales têtes en silicone et éventuellement des attaches des membres.
- **Un système de perfusion** : 2 pousses seringue de 50 ml
- **Le matériel pour assurer une réanimation néonatale** dans un tiroir d'urgence contenant :
 - perfusion périphérique,
 - cathéter veineux ombilical,
 - oxygénation avec lunettes,
 - sonde pour CPAP (Continuous Positive Airway Pressure),
 - kit pour intubation complet avec lames droites et courbes mandrin et pince de Magill,
 - matériel de ventilation artificielle manuelle avec insufflateur manuel,
 - ballon d'anesthésie avec valve à retour partiel,
 - matériel d'exsufflation et de drainage d'un pneumothorax.
- **Le matériel pour assurer la perfusion et l'administration de médicaments** dans un tiroir contenant du sérum glucosé 10%, des drogues vasoactives, d'anesthésie, de sédation et anti épileptiques.
- **Le matériel pour assurer l'asepsie** avec champ chirurgicaux, gants stériles... et de protection
- **Le matériel pour mesurer la glycémie capillaire** : dextrostix.
- **Matériel divers** : thermomètre hypothermique rectal complétant la surveillance de la température de l'enfant fournie par la couveuse grâce à une sonde de thermorégulation. Matériel divers type éclairage de secours, stéthoscope dédié.

Intérêt du site de la périnatalité dans l'information sur les transferts et retransferts des nouveau-nés

Catherine CECCHI (GEN LR)

Chef de projet information-communication périnatale régions LR et PACA Corse Monaco

Le site de la périnatalité en Languedoc-Roussillon www.périnat-lr.org a élargi depuis décembre 2006, son périmètre de diffusion mais aussi ses compétences grâce à la mise en place d'une convention de partenariat avec les professionnels de santé, les institutionnels et les usagers de la région Provence Alpes Côte d'Azur Corse Monaco.

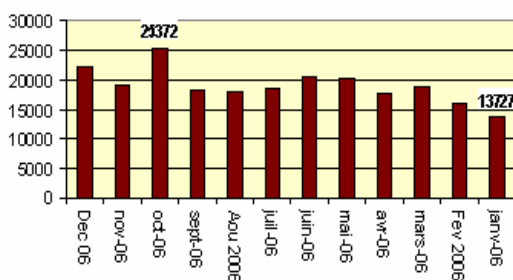
Le site change, une nouvelle version du site sera en ligne à partir du deuxième semestre 2007. L'ergonomie de navigation pour les internautes qu'ils soient professionnels de santé, usagers ou appartenant à un groupe de travail, a été réaménagée pour faciliter à tous, l'accès à l'information et surtout aux espaces de travail.

Son adresse change. Elle devient www.perinat-france.org à partir de juin 2007. L'adresse précédente www.perinat-lr.org restera opérationnelle.

La fréquentation du site augmente régulièrement.

En 2006, le nombre de visites a pratiquement doublé entre 2004 (120 000 visites) et 2006 (230 000 visites).

Visites site : www.perinat-lr.org
Année 2006



En 2006, les rubriques du site se sont enrichies et le nombre de fichiers visités a très fortement augmenté (+49%) en un an, passant de 4, 1 millions en 2005 à 6 millions en 2006.

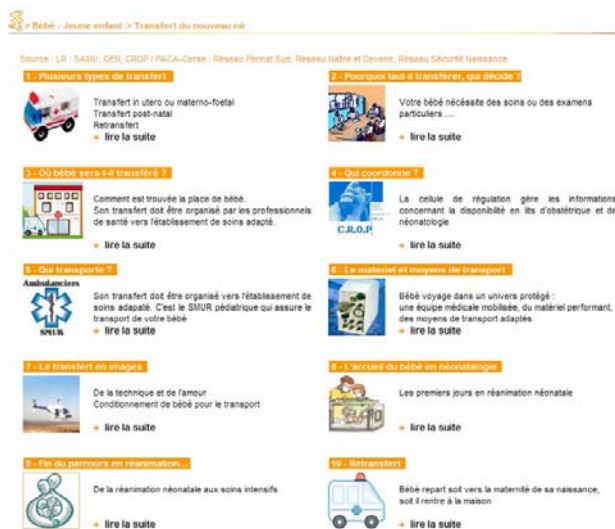
L'intérêt des professionnels pour le site se confirme, plus de 2500 professionnels sont inscrits sur le portail professionnel de la périnatalité.

La mutualisation de moyens et de compétence avec les professionnels de santé de la région Provence Alpes Côtes d'Azur Corse Monaco est effective.

Depuis le début de l'année 2007, la convention signée fin 2006 est appliquée. Cette mutualisation a déjà permis de réaliser en commun, un certain nombre de documents d'information relatifs aux transferts du nouveau-né.

Tout d'abord, un document d'information sur la réalisation pratique du transport, à destination du grand public réalisé sous la forme d'un « reportage ». Les SAMU des deux régions et en particulier le Dr Isabelle Giraud (SAMU 34) ont réalisé les photos. Toutes les légendes

ont été conçues en commun par les équipes du SAMU 34, du GEN LR et des trois réseaux de PACA Corse (Naître et Devenir, Réseau Sécurité Naissance et Réseau PACA Sud). Cette information en ligne sur le portail grand public est aussi, bien sûr, accessible aux professionnels.



Ensuite un document d'information sur les établissements des 2 régions : fiche « établissement »

• Ces fiches « établissements » mise au point pour les 22 établissements de la région Languedoc-Roussillon, ont séduit les professionnels de la région PACA Corse Monaco qui l'ont adoptée. Il a été demandé aux directions des 48 établissements de maternité de cette région, de valider les items remplis par les chefs de service.

Ces fiches « établissements » sont en ligne et accessibles sur les portails professionnel et grand public. Elles permettent une information harmonisée dans les deux régions.

Enfin un document d'information en cas de retransfert inter-établissement de nouveau-nés : fiche « retransfert »

• La fiche « Retransfert ».



La réalisation de cette fiche impulsée par les pédiatres et les puéricultrices du Languedoc-Roussillon, a été supervisée et pilotée par Mailiha Badr et Nathalie Barco, pédiatre néonatalogiste et puéricultrice à la Cellule de Régulation et d'Orientation Périnatale (CROP) du Languedoc Roussillon. Cette fiche identifiable sur le site par le logo ci-dessus, complète les informations de la fiche « établissements ». Elle est en ligne sur les portails grand public et professionnel pour la région LR. Elle sera complétée, en 2007, par les établissements de la région PACA Corse Monaco.

Améliorer et harmoniser la préparation du rapprochement familial

Nathalie BARCO – Puéricultrice, Maliha BADR – Pédiatre Néonatalogue

Service de Pédiatrie II – CHU A de Villeneuve – Montpellier

Depuis la mise en route du CROP (cellule...), le nombre de retransfert pour rapprochement familial n'a cessé d'augmenter en région Languedoc-Roussillon. Il arrive parfois, que ce retransfert soit difficile à vivre pour les parents et les équipes soignantes. C'est pourquoi nous avons organisé 3 tables rondes régionales en 2006 pour améliorer et harmoniser la préparation des retransferts. Pour ce faire, chaque établissement a constitué une équipe pluridisciplinaire de réflexion comprenant médecins, cadres de santé, puéricultrices et infirmières. En effet, un rapprochement familial résulte d'une décision médicale, d'une organisation par le cadre de santé du service et sa réalisation revient à la puéricultrice ou à l'infirmière.



A l'issue de ses 3 journées régionales, nous avons proposé des recommandations assorties de documents sous forme de fiches destinées aux parents et aux professionnels.

Ces recommandations proposent plusieurs étapes :

Exemple de Fiche 4 destinée aux parents

Voici le service et l'équipe qui vont accueillir votre enfant
Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

Nom et téléphone de la personne ressource :

Quels documents :
- Dossier / Icare (Déclaration d'accueil)
- carte d'identité
- le passe SIREP (remarque ligne 2 direction la Mairie, nord Lattesville)
- Attestation centre Nijmegen-Faculté pour Arrivé de Villeneuve

Adresser au service :
Hôpital Arrivé de Villeneuve
375 av. des Frères Rivet
34296 Montpellier
Parc à l'Esternac, escalier de gauche
2^e étage ou fond de corridor à gauche

La collaboration avec :
- Soit
- Lactarium
- Association sociale
- Psychologue
- Protection Maternelle Infantile
- CAMSP

Service pédiatrie Téléphone: 04 67 33 66 26 Pédiatres : Dr G. Cambasie Dr C. Wilhel Dr Z. Zouagui	Service néonatalogie Téléphone: 04 67 33 65 85 Pédiatres : Dr R. Mouton Dr O. Péloux	Service néonatalogie Téléphone: 04 67 33 65 85 Pédiatres : Dr M. Badr Dr G. Péloux Dr F. Mouton	Service néonatalogie Téléphone: 04 67 33 66 52 Pédiatres : Dr S. Cambasie
--	--	--	--

Cadre de santé : Ilona Cézanne 04 67 33 66 94
Adjoindre du cadre: Ilona Cézanne
Nombres de votre ligne pour les parents

Cadre de santé : Ilona Cézanne 04 67 33 66 94
Adjoindre du cadre: Ilona Cézanne
Nombres de votre ligne pour les parents

Vis de liaison
Modalité d'accès au service : se présenter à l'interphone, se laver les mains puis mettre une surblouse. Le puériculteur vous accueillera et vous accompagnera auprès de votre enfant. Les informations complémentaires vous seront alors données.
Présence de la famille auprès de l'enfant : Les parents sont invités à participer le plus possible à la vie de leur enfant. La famille et les autres visiteurs peuvent voir l'enfant par le vitre du couloir extérieur.
Possibilités d'hébergement : maison parentale "La Poéplaine" (20 lits/soins) ou association "La CM/OD (soins/nuit). En chambre mère/enfant seule le repas peut rester.
Possibilités de restauration : Cafétéria au rez de chaussée ou distributeur de sandwichs et de boissons.
Pièces à disposition des parents : Une pièce pour têter le lait.

L'équipe est à votre écoute. N'hésitez pas à nous faire part de vos attentes.

www.perinat-lr.org

- Précocement, une fois l'état de l'enfant stabilisé, les professionnels informent les parents qu'il sera possible de poursuivre les soins requis par l'enfant dans un service à proximité de leur domicile. Les parents seront d'emblée associés à ce "projet de retransfert".

- Les professionnels disposent d'une fiche descriptive du service receveur (Fiche 1 destinée aux professionnels) pour connaître précisément les possibilités de prise en charge de chaque service (examens, matériels,...). Celle-ci permet d'anticiper la réalisation des examens avant le retransfert et limite les déplacements fatigants pour l'enfant.

- les professionnels anticipent l'arrivée de l'enfant et sa famille dans le service receveur par des contacts téléphoniques. Une fiche (Fiche 2 Annonce du retransfert à l'équipe) permet de recueillir les informations concernant l'enfant et sa famille, d'organiser et de préparer le retransfert. Cette fiche doit être faxée ou envoyée par mail à l'équipe qui accueillera l'enfant. Ainsi les parents se sentent attendus et les besoins de leur enfants anticipés (alimentation spécifique, allaitement...).

- Lorsque les parents adhèrent au "projet de retransfert" il est possible de leur proposer de visiter le service où sera effectué le retransfert, pour les rassurer (Fiche 3 Service accueillant). Ainsi ils peuvent se familiariser avec les lieux en éliminant leurs idées reçues, ils rencontrent l'équipe soignante qui les tranquillise sur les possibilités (matérielles et humaines) de poursuivre les soins. C'est surtout l'occasion de préciser les modalités de fonctionnement qui sont différentes de celles auxquelles les parents sont habitués.

- Chaque établissement dispose d'une fiche (Fiche 4 destinée aux parents) présentant son unité qui est donnée aux parents avant chaque retransfert. Elle récapitule le fonctionnement du service (plan d'accès, horaires de visite, téléphone, possibilité de restauration) et permet aux parents de s'organiser.

- En complément au courrier médical, une fiche de liaison infirmière (Fiche 5 de liaison néonatale) a été élaborée. Elle donne des informations sur les habitudes de vie de l'enfant et de sa famille (alimentation, comportement, contexte social et psychologique ...).

Ce travail a permis de se connaître, se rencontrer, d'échanger les particularités de chaque service de néonatalogie de la région Languedoc-Roussillon. Tous ces documents résultent d'une réflexion commune. Chaque service a complété les fiches spécifiques concernant son établissement. Les 5 fiches sont accessibles sur le site www.perinat-lr.org.

Les transferts post-natals en Languedoc-Roussillon

Maliha BADR - Pédiatre Néonatalogue

Service de Pédiatrie II - CHU A de Villeneuve - Montpellier

La Cellule Régional d'Orientation Périnatale (CROP) a géré 411 transferts post-natals sur l'année 2005. Ce chiffre est relativement stable par rapport à l'année 2004.

Les nouveau-nés transférés sont pour 60% d'entre eux nés à terme (≥ 37 SA).

La CROP est susceptible de gérer les transferts post-natals des nouveau-nés jusqu'à 28 jours de vie, mais dans la très grande majorité des cas, le transfert a lieu dans les trois premiers jours de vie, particulièrement à J1, 90% des transferts ayant lieu avant la 12^{ème} heure de vie.

Les transferts post-natals émanent majoritairement des établissements de type I et II, seulement 15 % des transferts émanent des établissements de type III.

Les transferts émanant de centres hors Languedoc-Roussillon représentent 3% des transferts, alors que 6% des nouveau-nés sont transférés dans des centres hors Languedoc-Roussillon. La balance est donc négative, ce qui représente une inversion de la tendance par rapport à l'année 2004. Cela correspond principalement à la diminution des transferts post-natals hors région en provenance de PACA, probablement secondaire à l'augmentation de la capacité d'accueil sur Marseille.

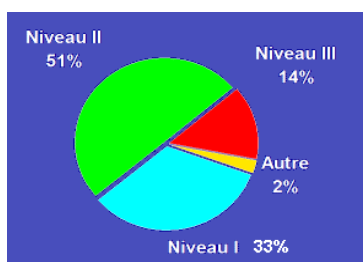
Entre 2004 et 2005, on note une :

- diminution des transferts post-natals vers les CHU de Montpellier (53% versus 45%),
- augmentation des transferts post-natals vers la région PACA (3% versus 6%), des transferts post-natals vers le CHU de Nîmes (15% versus 21%) et vers le Centre Hospitalier de Béziers (5% versus 10%).

Les transferts vers les autres centres sont relativement stables, en sachant qu'au total, 87% des transferts post-natals se font vers un niveau III dans la région Languedoc-Roussillon. Il faut noter qu'un quart des nouveau-nés sont modérément prématurés (33 à 36 SA) et auraient donc pu bénéficier d'un transfert post-natal vers un niveau IIa ou IIb. Cependant il n'y a pas de niveau IIb dans la région Languedoc Roussillon, et la capacité d'accueil des niveaux IIa est quelque fois insuffisante.

Les délais de transferts sont relativement variables et souvent corrélés à des questions d'organisation générale. Le délai médian entre l'appel et le départ de l'enfant est de 1h30 (50 minutes à 2 heures). Dans les conditions actuelles, la prise en charge initiale

**Niveau de départ des NN < 32SA
Année 2005**



des nouveau-nés reste entièrement dévolue au centre de naissance. Les praticiens de chaque centre, aidés en cela par la diffusion des protocoles de pédiatrie en maternité, doivent donc être à même d'assurer une prise en charge dans l'urgence.

L'analyse des transferts post-natals des grands prématurés de moins de 32 SA montre qu'il existe encore des transferts au 1^{er} jour de vie entre

niveaux III, faute de place. En effet, sur 41 nouveau-nés de moins de 32 semaines, transférés dans les premières heures de vie, 6 ont fait l'objet d'un transfert post-natal entre niveau III, faute de place (14%).

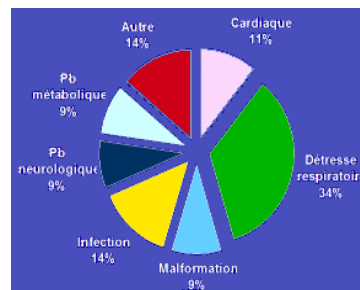
Tous les SAMU de la région participent au transfert de ces grands prématurés.

Les nouveau-nés à terme sont pour 80% d'entre eux, transférés dans des niveaux III. Ils proviennent dans 2/3 des cas de niveau I et dans 1/3 des cas de niveau II.

Le motif de transfert principal est pour 34% d'entre eux une détresse respiratoire, largement majoritaire devant les autres motifs.

L'analyse des transferts multiples c'est à dire de transferts in utero suivi de transferts post-natals ou les transferts post-natals multiples, sont des marqueurs de dysfonctionnement.

**Motif de transfert des NN ≥ 37
SA**



19 transferts in utero ont été suivis de transferts post-natals.

Dans 4 cas, le transfert in utero ne correspondait pas au niveau nécessaire à une

prise en charge optimale. Dans 5 cas, le transfert in utero accepté dans un premier temps, s'est soldé par un transfert post-natal devant un manque de place non anticipé.

Dans 3 cas, les transferts in utero motivés par la prématurité, sans accueil possible dans le réseau de proximité, ont entraîné un éloignement géographique mal toléré par la famille. Cette situation a généré des transferts post-natals précoces.

Au final, seulement 1/3 des cas ont pour origine une pathologie médicale non anticipable (7 transferts in utero suivis de transferts post-natals).

Trente trois nouveau-nés soit 8% ont été transférés en post-natal à 2 reprises (25% : pathologies respiratoires, 22% : pathologies cardiaques et 11% : malformations). Le premier transfert correspondait à un transfert dans le réseau de proximité pour évaluation et diagnostic puis un transfert secondaire dans un niveau III de recours régional ou extra régional. Cela pose deux questions, celle de l'anticipation par le diagnostic anténatal lorsqu'il concerne les malformations et la pathologie cardiaque et celle du transfert d'emblée vers un niveau III, pour toute pathologie respiratoire afin d'éviter un 2^{ème} transfert post-natal en cas d'aggravation.

Au final, Les transferts post-natals restent dominés par les transferts de nouveau-nés à terme. 87% des transferts post-natals se font vers les niveaux III en Languedoc-Roussillon. Il y a peu de transferts en niveau II, probablement faute de niveau IIb. Il y a moins de transferts post-natals en provenance de PACA avec une balance actuellement négative. La problématique des transports des nouveau-nés les plus fragiles dans leur spécificité n'est pas encore résolue, c'est l'objet d'un travail régional avec le SAMU.

Présentation de la cellule de régulation Réseau Périnat Sud

PACA Ouest - Corse du Sud

Yves RIMET Pédiatre - Service de pédiatrie - CH Aix en Provence

Michèle MARCOT sage-femme coordinatrice - Valérie ZARCA - obstétricienne coordinatrice

Les différents plans de périnatalité rencontrés depuis 1994 ont profondément modifié la physionomie de la carte régionale en matière d'obstétrique et de néonatalogie. Les décrets de périnatalité de 1998 énoncent les normes minimales de sécurité et de fonctionnement que les établissements publics et privés doivent respecter pour rester ouverts. Ces derniers sont donc contraints à se classer en « niveau de soins » type I, II et III et ont pour obligation d'adhérer à un réseau inter-établissements et de collaborer avec les maternités au plateau technique plus performant ; c'est la gradation des soins.

Ces textes législatifs imposent les transferts de patients sur des structures adaptées à la pathologie, souvent loin de leur domicile ; c'est la régionalisation des soins.

Cet effet « d'entonnoir », a créé pour les maternités de type II et III des difficultés importantes de disponibilité de lit et de longs délais d'attente d'acceptation du transfert pour les demandeurs.

Pour la région Paca ouest Corse du Sud, le réseau qui a été mis en place est le réseau Périnat-Sud. Il intègre les trente établissements publics et privés pour un bassin de 43000 naissances annuelles.

Il a été élaboré durant l'année 2001 par référence aux articles du code de santé publique et de la sécurité sociale. Une notification de 2003 des tutelles ARH (agence régionale de l'hospitalisation) et URCAM (union de recouvrement des caisses d'assurances maladies) autorise le financement de ce réseau dont le promoteur est l'APHM (assistance publique des hôpitaux de Marseille) établissement « pivot-gestionnaire ». Administrativement, il est régi par le mode conventionnel avec obligation pour les établissements de signer une convention constitutive et une charte d'adhésion.

Il est composé de trois comités, pilotage, évaluation, scientifique, d'une cellule de coordination et d'une cellule de régulation des appels.

La cellule de régulation est ouverte depuis le 02/02/04. Elle a volontairement été intégrée à la structure SAMU de l'hôpital de la Timone pour bénéficier des compétences matérielles et humaines existantes.

Sa mise en place a été progressive et les plages horaires d'ouverture ont été choisies après évaluation des besoins de terrain.

Elle est actuellement ouverte 7j/7 de 09h00 à 21h00 et est gérée par trois sages femmes régulatrices encadrées par une sage femme coordinatrice.

Les sages femmes prennent en charge les appels des établissements de naissance de la région Paca Ouest Corse du Sud pour les demandes de transferts materno foetal (TMF) et les transferts néonataux (TNN) elles organisent le placement puis en collaboration avec les médecins régulateurs des SAMU départementaux qui restent maîtres des moyens à engager. elles organisent également le transport lorsqu'il faut le médicaliser la régulation périnatale.

La sage femme est tout a fait intégrée à la cellule régionale de régulation des appels (crra) où elle a un poste de travail avec un ordinateur et un téléphone, deux outils essentiels que tout bon régulateur doit maîtriser. L'ambiance du service est donc celle de l'urgence : stress et angoisse perceptibles face à la nécessité de rapidité et d'efficacité, mais également solidarité et entraide pluridisciplinaire (médecins, permanenciers, ambulanciers, IDE, IADE ...) face à la difficulté de la tâche à mener. Sa place est

cependant un peu privilégiée par rapport à celle du médecin puisqu'elle n'a « que » les dossiers d'obstétrique et de néonatalogie à gérer. Le nombre en est variable allant de zéro, le dimanche essentiellement, à une dizaine, avec un temps de gestion d'un quinzaine de minutes à plusieurs heures, placement et organisation du transport compris.

Au delà des réflexes acquis au cours de sa formation initiale et de son expérience professionnelle propre, la sage femme régulatrice a dû développer des compétences propres pour mener à bien sa mission de « régulateur en périnatalité » :

Capacité à recueillir des informations médicales de manières concises rapides et synthétiques pour une vue d'ensemble d'un dossier auquel elle n'a pas d'accès direct.

Grande capacité d'écoute et de communication.

Gestion sereine de l'urgence malgré la pressions des demandeurs et des receveurs en restant patiente et diplomate.

Capacité d'anticipation et de régulation immédiate des décisions prises.

Une journée de travail à la cellule de régulation

-Point des lits de manière pluri-quotidienne dans les services de type III en obstétrique et en réanimation néonatale afin d'orienter rapidement la demande. Ce point est fait une fois par jour dans les établissements de type II. Les établissements de type I ne sont pas sollicités quotidiennement mais en fonction de la demande départementale (transfert de patientes en début de travail).

-Organisation des transferts en fonction des demandes et anticipation des re-transferts materno-foetaux et néonataux.

-Suivi des dossiers de patients afin de donner une information rapide aux professionnels de l'établissement de départ. Un courrier est envoyé chaque semaine au médecin du service demandeur. (pour lui donner des nouvelles de sa patiente)

-Aide apportée aux médecins régulateurs dans la gestion des appels des domiciles.

-Saisies des données informatiques sur les différents outils EXCEL et ACCESS à visée d'évaluation statistique et médicale.

Mais au delà de ces tâches quotidiennes, la cellule de régulation est une des articulations principales du travail en réseau et tente d'en transmettre l'esprit.

Elle est un interlocuteur quasi permanent des professionnels de la région, permet la circulation de l'information en répondant à des problèmes autres que ceux des transferts, demande de protocoles, de textes législatifs; elle aide ainsi la coordination à la mise en place des projets. Depuis son ouverture, elle a apporté une certaine plus value. dans les transferts, les dossiers sont mieux cadres avec un suivi des demandes optimisé et une anticipation des situations d'urgence (gestion de 80% des appels avec une ouverture de jour). on note également une continuité du travail effectuée par les sages femmes, avec, la nuit, une orientation en niveau de soin adaptée par les équipes du SAMU 13.

Pour les professionnels on note une amélioration des relations inter-professionnelles et inter-disciplinaires par le décloisonnement public privé et la facilitation de la communication (conférence à 3).

Un seul numéro de téléphone pour les transferts dans la région PACA Ouest - Corse du Sud
04 91 49 91 91

Le transfert materno-foetal au sein du Réseau Sécurité Naissance

PACA-Est - Haute Corse - Monaco

Arnaud CLAQUIN - Ingénieur Santé, Christian DAGEVILLE - Pédiatre Néonatalogue

CHU Nice, Marc DURAND-REVILLE - Gynécologue-Obstétricien - CH Fréjus

La mise en place du transfert materno-foetal (TMF) au sein du réseau fait l'objet d'un protocole spécifique ; il concerne les femmes à risque d'accouchement très prématuré (<32SA) ou porteuses d'un fœtus présentant une malformation sévère.

La mise en place de cette politique s'est appuyée sur un constat médical validé par de nombreuses études cliniques et épidémiologiques : la naissance à distance de la réanimation néonatale et le transfert postnatal qui en résulte constituent une perte de chance pour le grand prématuré, c'est à dire pour l'enfant né avant la fin de la 32^{ème} semaine d'aménorrhée. Il est démontré que le pronostic de ces enfants est moins bon lorsqu'ils ont subi un transfert postnatal : taux de survie diminué, lourdeur de la prise en charge au cours des premiers jours augmentée et taux de séquelles majoré.

En effet, le transfert peut engendrer par lui-même plusieurs conséquences : d'une part il peut retarder l'administration de certains traitements urgents (administration du surfactant, traitement de l'instabilité hémodynamique...), d'autre part il oblige parfois à recourir à une ventilation invasive qui aurait pu être évitée si la naissance avait eu lieu "à la porte" de la réanimation, enfin, même avec un matériel moderne, la qualité de la ventilation artificiel et du réchauffement pendant le transport reste médiocre. Le même raisonnement s'impose pour les fœtus porteurs de malformations graves, menaçantes dès la naissance ou imposant une prise en charge médicale et/ou chirurgicale précoce.

Dans un réseau centré sur un type 3 unique, les décisions de transfert repose sur un contact personnel entre le médecin transfereur et le médecin accepteur. Des règles de fonctionnement et de circulation ont été établies par le Comité Médical et Scientifique afin de fixer les indications de transfert

ainsi que les modalités d'échanges de l'information. Pour éviter que le transfert ne s'accompagne d'une perte de données médicales qui pourraient entraîner une perte de la continuité des soins, les protocoles de prise en charge médicale ont été homogénéisés et il existe pour le médecin transfereur une obligation de transmettre, à l'aide de documents pré établis, la fiche de recueil de l'autorisation du consentement au transfert ainsi que la fiche de recueil des données médicales.

En retour, l'unité qui accepte le transfert doit se charger de maintenir le médecin transfereur au courant de l'évolution de sa patiente. A l'extinction de l'indication du transfert la patiente peut être retransférée dans son unité d'origine de façon à privilégier son choix initial et la proximité de son domicile et de sa famille afin que tout concorde à l'épanouissement du lien mère-enfant. En ce qui concerne les retransferts à l'unité d'origine, ceux-ci marchent bien puisque l'on peut considérer qu'en fonction des années entre 15 et 25 % des patientes transférées vers le type 3 peuvent finalement accoucher dans la maternité qu'elles avaient choisi initialement.

Les résultats chiffrés, quant à l'application de cette politique de transfert, sont bons. Depuis l'année 2000, le taux de naissance en type III (donc au CHU de Nice) de ces enfants est supérieur à 85%, alors que 75% de ces grossesses étaient initialement suivies dans d'autres établissements. Surtout, le nombre de transferts materno-foetaux non réalisés malgré l'absence de contre-indication s'élève chaque année à 1 ou 2 cas au maximum.

Mais, à ces résultats chiffrés s'ajoute l'intérêt des échanges entre les équipes qui conduisent à une dynamique continue d'homogénéisation, d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

Nouvelles rubriques en ligne

Portail Professionnel : Référentiels du Languedoc Roussillon sur la conduite à tenir face à la bronchiolite, fiches "transfert", fiches établissements région PACA Corse

MAIS AUSSI....référentiels de pédiatrie en maternité, d'obstétrique, d'anesthésie....

Portail Grand Public: "reportage" sur les transferts de nouveau-nés, un chapitre consacré aux "mutilations sexuelles"

A partir de Juin 2007, vous pourrez retrouver le site www.perinat-lr.org sur www.perinat-france.org