



Janvier
Février
Mars 2002
N° 5

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 du Pr Pierre BOULOT

Président de la Commission Régionale de la Naissance.

Dans cette *Lettre* N°5 du premier trimestre de l'année 2002, je suis heureux de pouvoir faire part d'actions concrètes allant dans le sens de deux objectifs prioritaires définis par la CRN dans l'éditorial de *la Lettre* N°0 :

- Incitation à l'adoption d'un dossier obstétrical commun.
- Optimisation des transferts post-nataux.

La Lettre est une tribune d'expression pour tous les acteurs du réseau, la régionalisation des soins ne va pas sans soulever certaines questions qui peuvent être soumises à une réflexion commune.

Le témoignage du Dr Nathalie Meier, pédiatre au CH de Carcassonne, pose la **question des zones limitrophes entre deux régions** c'est à dire entre deux réseaux : réseaux Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées.

Ce problème ne se limite pas aux seuls transferts post nataux. Il concerne l'ensemble de la prise en charge périnatale (diagnostic prénatal, transferts maternel....).

D'autres acteurs dans le réseau vivent des situations similaires d'interfaces (réseau Languedoc-Roussillon et réseau Provence Alpes Côte d'Azur).

La rédaction des conventions ne peut pas se faire en éludant cette réalité des zones limitrophes. Elle exige d'être abordée et clarifiée par les professionnels et les institutionnels avant toute signature et sans méconnaître les souhaits des familles.

La Lettre, lien **entre** les professionnels de la périnatalité joue son rôle d'outil du réseau de soin.

La nécessité d'ouvrir l'information aux usagers et de créer un lien **avec** les professionnels nous a conduit à adjoindre un portail grand public au **site Internet Actualités Périnatales** réservé aux professionnels. Le site sera dévolu à cette double finalité.

Ces échanges de point de vue entre professionnels par le biais de *la Lettre*, sont significatifs de l'émergence dans notre région non seulement d'un véritable réseau de soin mais aussi d'un **réseau de santé**.

LES PREMICES D'UN DOSSIER COMMUN

Expérimentation d'une fiche de transfert néonatal

Dr F. MONTOYA - Pédiatre
Dr P. BENATIA - Anesthésiste réanimateur

Cette fiche de transfert néonatal est couplée avec une fiche de liaison obstétrico-pédiatrique permettant une transmission des éléments d'anamnèse essentiels remplie par le demandeur et une fiche d'évolution du nouveau-né permettant un retour d'information vers le service initial remplie par le receveur.

Mise à disposition dans les salles de naissance et dans les ambulances SAMU des fiches "liaison - transfert - évolution du nouveau-né" labellisées AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatiques en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie)

- *Recueil de l'anamnèse obstétricale par le demandeur du transfert néonatal.*
- *Recueil des conditions du transfert par le transporteur.*
- *Retour d'informations par le receveur.*

Le document est constitué de 3 fiches regroupées illustrant la nécessaire cohésion entre demandeur transporteur et receveur pour un transfert néonatal efficace.

Les dossiers qui y figurent représentent le minimum exigible pour une prise en charge de qualité.

La transmission d'information lors d'un transfert néonatal représente un critère fondamental exigible lors des procédures d'autorisation.

- **L'évaluation qualitative du transfert par le transporteur lui-même est un élément fondamental d'autocontrôle.**
- **L'évolution d'un nouveau-né vient refléter la qualité du fonctionnement de l'ensemble du réseau.**

L'utilisation de cette fiche en région Languedoc-Roussillon pendant les mois d'avril, mai et juin 2002 permettra par le recueil et le traitement des données obtenues une évaluation de la qualité de ce document et son ajustement éventuel

avant la généralisation de son utilisation dans le réseau périnatal Languedoc-Roussillon.

La mise en place d'un outil commun permettant l'amélioration des pratiques en matière de transfert néonatal répond à l'un des objectifs prioritaires de la C.R.N. du Languedoc-Roussillon annoncé dans *La Lettre* n° 1 à savoir l'optimisation des transferts. C'est une démarche qui permet de répondre de façon harmonisée à une obligation réglementaire : le transfert d'information. Elle répond aux attentes exprimées par les pédiatres de la région réunis dans le groupe "Etre nouveau-né en Languedoc-Roussillon" et à celle des intervenants des trois SAMU 34, 30 et 66 impliqués au niveau de la région.

Les informations recueillies s'intégreront dans le système informatisé des SAMU régionaux

FICHE METIER SAMU

Maillon intermédiaire

entre la fiche de liaison obstétrico-pédiatrique remplie par le demandeur
et la fiche d'évolution néonatale remplie par le receveur

NOM DE L'ETABLISSEMENT

DOSSIER TRANSFERT NEONATAL (OU MUTATION)

B13 – C35 – D23

A adresser au service de transfert (ou mutation)
A retourner ensuite à la maternité d'origine

MATERNITE

N° DE SERVICE

NOM DE L'OBSTETRICIEN
RESPONSABLE

NOM DU PEDIATRE

NIP

N° D'INSCRIPTION

Année
Numéro

N° D'ACCOUCHEMENT

N° D'ARCHIVAGE

IDENTIFICATION DE LA MERE

NOM : NOM de jeune fille :

Prénom Age :

N° S.S. :

Adresse : Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

Adressée par :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

SERVICE DE TRANSFERT

N° DE SERVICE

NOM DU PEDIATRE
RESPONSABLE

NIP

IDENTIFICATION DU PERE

NOM : Prénom :

Adresse :

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : Prénom : Sexe : M/F

Médecin traitant ou pédiatre :

N° DE DOSSIER

GROSSESSE 1 simple 2 gémellaire 3 triple etc.

Ordre de naissance :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Grossesse : DDR :

..... DG :

.....

.....

Transfert in utéro :

Accouchement :

.....

Nouveau-né en salle : apgar : 5 mn :

.....

Groupe sanguin :

Rhésus :

Immunisations :

.....

CONDITIONS DU TRANSFERT (OU MUTATION)

A compléter par la maternité ou le service d'origine

Date du transfert : | |
J M A

Heure du transfert : h min
à : minutes de vie ou au ^{ème} jour

Date de naissance : | |

Age gestationnel (SA) :

Provenance : 1 maternité niveau I 2 maternité niveau II 3 maternité niveau III
4 réanimation 5 médecine néonatale 6 chirurgie
7 unité néonatale en maternité 8 autre :

Lieu de transfert (ou mutation) : 1 réanimation 2 médecine néonatale 3 chirurgie
4 unité néonatale en maternité 8 autre :

Etablissement de transfert : N° FINESS : | |

Motif (2 rép. poss.) : 1 prématurité 2 hypotrophie 3 détresse respiratoire 4 risque infectieux
5 état malformatif 8 autre :

Mode : 1 mutation intra-muros 2 mutation extra-muros (même étab.) 3 trsf. SAMU pédiatrique
4 transfert SAMU non spécialisé 5 transfert ambulance

si mutation ou transfert extra-muros :

délai entre l'appel du SAMU et son arrivée (min)

distance entre la maternité (ou le lieu d'origine) et le lieu de transfert (km)

MISE EN CONDITION AVANT TRANSPORT

Présence du transporteur en salle de naissance : 0 non 1 avant la naissance 2 après la naissance

Etat de l'enfant lors de la prise en charge : 1 contrôlé 2 instable

Température : °

Glycémie (mmol/l) : ,

Mise en condition par le transporteur 0 non 1 oui
oxygénothérapie 0 non 1 oui
PPC nasale : 0 non 1 oui
intubation : 0 non 1 oui si oui, à quelle heure de vie : h min
monitorage : 0 non 1 oui
perfusion : 0 non 1 voie veineuse périphérique 2 cathéter veino-ombilical
traitements : 0 non 1 oui si oui, précisez :

Etat du nouveau-né à la sortie de la salle de naissance : 1 contrôlé 2 instable

Incident en cours de transport : 0 non 1 oui si oui, lequel :

ARRIVEE DANS LE SERVICE DE TRANSFERT

Date d'arrivée : | |

Heure d'arrivée : h min

Durée du transport : h min

Etat du nouveau-né : 1 contrôlé 2 stable

EXAMEN CLINIQUE :

Température : °

Glycémie (mmol/l) : ,

Etat respiratoire : oxygénothérapie : 0 non 1 oui ventilation assistée : 0 non 1 oui

SpO2 : %

FiO2 :

Tension artérielle moyenne :

Allongement du TRC : 0 non 1 oui

SCORE MAXIMAL DE GRAVITE (CRIB) EVALUE SUR 12 HEURES :

B.E. max ≤ H12 :

FiO2 min ≤ H12 :

FiO2 max ≤ H12 :

**UN EXEMPLE DE PROBLEMATIQUE DE RESEAUX :
Transfert des nouveau-nés du centre
Hospitalier de Carcassonne nécessitant des
soins de niveau III**

Dr Nathalie MEIER, pédiatre, C.H. de Carcassonne

L'équipe de la maternité et du service de néonatalogie (niveau II) de Carcassonne, située à 150 km du C.H.R.U. de Montpellier et à 90 km du C.H.R.U. de Toulouse, est régulièrement confrontée, lorsque le transfert d'un nouveau-né est décidé, au choix du service d'accueil. Il s'agit bien d'un choix, parfois difficile, et souvent influencé par des paramètres qui ne sont pas toujours d'ordre médical.

Interviennent bien sûr le degré d'urgence des soins de niveau III, le type de pathologie présenté par le bébé, mais aussi :

- **L'heure de naissance** (dont dépend la spécialisation du SAMU qui vient le prendre en charge).
- **Les affinités médicales et l'origine de la formation du médecin** qui transfère le bébé.
- **La préférence familiale** (souvent plus proche de Toulouse, ...).

A la compréhension de ce "réseau complexe d'habitudes" s'ajoutent les pratiques des obstétriciens, qui prennent avis sur le C.H.R.U. de Toulouse dans la plupart des cas pour préciser le diagnostic anténatal, et parallèlement l'apparition d'autres outils de collaboration médicale comme la télé médecine... avec le C.H.R.U. de Montpellier.

Le constat actuel conclut globalement à une collaboration plus importante avec le C.H.R.U. de Toulouse. Pourtant, si des moyens supplémentaires sont développés pour améliorer le réseau en application de la Charte, ils le seront dans le cadre de la région Languedoc-Roussillon.

Certaines réalités de terrain pourront-elles être prises en compte ? Faut-il davantage travailler à la connaissance les uns des autres, la reconnaissance de pratiques communes, au cœur de la réussite d'un réseau de qualité ?

**REPONSE DE LA SOUS-COMMISSION
TRANSPORT DE LA C R N DU
LANGUEDOC-ROUSSILLON.**

*Dr F. MONTOYA - Pédiatre Sous commission transferts CRN LR
Dr P. BENATIA - Anesthésiste réanimateur, Secrétaire de la
Conférence Régionale des Directeurs Médicaux de SAMU*

Lorsque le transfert d'un nouveau-né est décidé vers une unité de niveau III (réanimation néonatale), **le critère préférentiel qui doit s'imposer est celui de minimiser au mieux le risque.** La CNR privilégie le **choix de la plus grande proximité**, c'est à dire pour Carcassonne, Toulouse (90 km). Le transport est alors dévolu au SAMU pédiatrique du C.H.R.U. de Toulouse. Ce n'est que dans l'éventualité d'un manque de place à Toulouse ou d'une indisponibilité du SAMU 31 que sera décidé d'un transfert vers Montpellier, l'orientation première étant Toulouse. C'est le SAMU 31 qui doit alors prendre en charge la régulation interrégionale et s'assurer d'une place à Montpellier et d'une prise en charge par le SAMU 34. Un **lien téléphonique avec la cellule de régulation** du C.H.R.U. de Montpellier permettra alors d'optimiser le conditionnement avant transfert et la prise en charge pendant ce transfert.

Cette orientation "au plus près" doit être bien comprise des praticiens et explicitée aux parents. Le transfert néonatal doit cependant devenir l'exception : avec le développement de l'anticipation du risque ; l'on est en droit d'espérer une réduction des transferts post-natals par une politique judicieuse de transfert maternel.

Il est logique que les interlocuteurs soient les mêmes pour l'ensemble des situations à haut risque périnatal : C.H.R.U. de Toulouse en pré et post natal.

Bien entendu, les possibilités offertes par la télé médecine facilitent les échanges avec Montpellier mais ces séances doivent être conçues comme formation continue plutôt que comme un recentrage des orientations vers Montpellier.

La charte ne dit rien d'autre que le souci d'un réseau logique pour des soins efficaces.

Exercer en périnatalité à Carcassonne, c'est bénéficier de 2 courants de formation, c'est s'enrichir de la confrontation de 2 expériences, mais c'est savoir toujours choisir pour les patientes et les nouveau-nés nécessitant des soins de niveau III, la sécurité et l'efficacité dans la proximité.

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