



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne

Réseau Périnatal de Champagne - Ardenne

Annexes CHARTRE Réseau périnatal

- [Transferts in utéro](#) p2
- [Circulaire DHOS 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères](#) p3
- [Prise en charge des nouveau-nés](#) p4
- [Rapprochement mère- enfants](#) p5
 - [Procédure RME CHU](#) p6

Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne
Institut Alix de Champagne
47, rue Cognacq Jay
51092 REIMS cedex

☎ 03 26 78 78 69 ☎ 03 26 78 38 38
☎ 03 26 78 30 08

@:chefprojet.rpca@orange.fr
@: coord.rpca@orange.fr

www.reseuperinat-ca.org

Annexes Charte du Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne adoptées le 15 mai 2007, actualisée 23 juin 2014
Mise à jour février 2015 changement autorisation CH Vitry-le-François en CPP
Mise à jour Novembre 2016 changement autorisation CH Langres en CPP

Transferts

Les transferts s'effectuent dans la mesure du possible et selon l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant dans le respect du libre choix des parents informés, en privilégiant le plus possible la proximité entre l'établissement de soins et l'environnement familial et le maintien du lien mère enfant.

L'indication du transfert est une décision médicale relevant d'un accord entre le médecin demandeur (présent auprès de la patiente ou de l'enfant) et le médecin receveur puis si le transport est médicalisé avec le médecin régulateur du SAMU et le médecin transporteur du SMUR.

Tous les transferts sauf le rapprochement mère enfant doivent utiliser la procédure d'appel du réseau unique périnatalité (centre15) **03 26 78 48 91**. L'utilisation des fiches de transfert réseau concernent toutes les procédures (TIU, TNN, RME)

Les transferts in utero (TIU)

L'objectif du TIU est d'adapter le niveau de soins proposé à la gravité de l'état de santé de la mère et/ou de son enfant et éviter autant que possible les transferts postnataux. Ainsi, les TIU tiennent compte de la **présence d'un service de réanimation adulte**, du **niveau de soins pédiatriques des établissements** (IIA, IIB ou III) mais également des **conditions de prise en charge du nouveau-né** par l'établissement dépendant des soins néonataux pratiqués par l'établissement (cf page 4).

Contre-indications au transfert in utero :

- forte probabilité d'accouchement pendant le transfert,
- état maternel incompatible avec le transfert : hémodynamique instable liée à une hémorragie active,
- Toute situation médicale imposant une extraction en urgence (HRP avec enfant vivant, SFA,...)

Indications de transfert d'une femme enceinte :

Idéalement, la mère est transférée le plus précocement possible.

- ♦ **Vers un centre périnatal de niveau III (Réanimation néonatale Nouveau-né présentant une défaillance vitale ou une situation pathologique très instable) :**
 - grossesse à **très haut** risque et celle nécessitant une réanimation néonatale ou une chirurgie néonatale immédiate
 - menace d'accouchement prématuré (MAP) < 32 SA avec **haut risque** d'accouchement à court terme
 - rupture prématurée des membranes (RPM) < 32 SA avec **haut risque** d'accouchement à court terme
 - retard de croissance intra-utérin (RCIU) < 1500 g
 - grossesse multiple exposant à une forte probabilité de naissance avant 32 SA et/ou poids de naissance inférieur à 1500 g.
- ♦ **Vers un centre périnatal de niveau IIB (Néonatalogie Soins intensifs Nouveau-né présentant une situation pathologique instable avec risque de défaillance vitale nécessitant une surveillance continue):**
 - MAP entre 32 et 34 SA, avec **haut risque** d'accouchement à court terme
 - RPM entre 32 et 34 SA, avec **haut risque** d'accouchement à court terme
 - RCIU compris entre 1500 et 1800 g
 - grossesse multiple exposant à une forte probabilité de naissance entre 32 et 34 SA et/ou poids de naissance compris entre 1500 et 1800 g.
- ♦ **Vers un centre périnatal de niveau IIA (Niveau II A - Néonatalogie hors soins intensifs):**
Les conditions de TIU dépendent des conditions de prise en charge des nouveau-nés et des soins néonataux pratiqués par les différents établissements de niveau IIA : se référer au tableau page 4
- ♦ **Vers un établissement disposant en outre d'un service de réanimation adulte :**
 - pathologie maternelle grave (Hellp syndrome),
 - hémorragie grave d'origine obstétricale ou non, exposant la patiente à un risque vital avant, pendant ou au décours immédiat de l'accouchement.

En cas de pathologie maternelle grave liée à la grossesse (Hellp syndrome par exemple) ou antérieure à celle-ci, l'établissement de soins où est transféré la mère dispose d'une unité de réanimation adulte.

En cas de forte probabilité d'hémorragie (ou d'hémorragie active), la patiente est transférée dans un établissement disposant d'un établissement de transfusion sanguine et d'un service de radiologie interventionnelle.

Indications de Re-transfert d'une femme enceinte :

Les établissements de niveaux II et III re-transfèrent aux établissements d'origine la parturiente si la prématurité a été évitée et si la pathologie initiale est écartée et si son niveau de soins redevient compatible avec la prise en charge de la mère et du nouveau-né.

Extrait Circulaire n° DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères

• Définition réglementaire des transports sanitaires

1. Les transports sanitaires inter hospitaliers médicalisés sont assurés par des SMUR comme prévu à l'article R6123-10 du code de la santé publique.

2. Le transport sanitaire inter hospitalier accompagné par un personnel **infirmier** prévu à l'article 6 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier, qui précise que « l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif, quantitatif, préalablement établie, date et signé par un médecin, [...] les soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ».

Ils sont réalisés par les établissements de santé soit par des moyens propres agréés soit par convention avec des entreprises de transport sanitaire. Cette convention, en conformité avec le code des marchés publics, prévoit la structure de facturation avec l'établissement de santé.

3. Le transport sanitaire ambulancier concerne tout transport de personne dont l'état est jugé stabilisé par le médecin et n'encourant a priori pas de risques de complications pendant le transport.

• Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport ambulancier sans accompagnement para médical ou médical

- Rupture prématurée des membranes isolée
- Placenta praevia sans métrorragie ou métrorragie > 12h si transfert nécessaire
- Etat hypertensif, retard de croissance intra utérin (RCIU) et rythme cardiaque fœtal (RCF) normal
- Diabète maternel sans pousse seringue d'insuline
- Cholestase
- Menace d'accouchement prématuré (MAP), y compris les jumeaux sans tocolyse IV
- MAP, grossesse simple sous tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine
- Pré-éclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels : TA \leq 160/100 et protéinurie > 0,3g / 24 h, si transfert nécessaire

• Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport infirmier inter hospitalier

- placenta praevia avec métrorragies < 12h, sans saignement actif et durée de transport < 30 minutes
- diabète maternel avec insuline au pousse seringue électrique
- MAP, grossesse simple sous tocolyse IV (médicalisation à discuter au cas par cas si nécessaire en fonction du tocolytique choisi)
- MAP jumeaux avec tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine (à défaut classe 1, si vecteur 2 indisponible)

• Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport médicalisé

- placenta praevia avec métrorragies < 12h, sans saignement actif, et durée de transport > 30 minutes
- MAP sous tocolyse IV : médicalisation à discuter au cas par cas en fonction du tocolytique utilisé
- MAP avec un col \geq 4 cm de dilatation et terme < 30 SA : à discuter avec le SAMU en conférence téléphonique demandeur / receveur
- pré-éclampsie avec traitement anti-hypertenseur IV : ex nicardipine et PA équilibrée
- pré-éclampsie avec PA systolique > 160 ou diastolique > 100, ou toxémie avec céphalées ou barre épigastrique ou acouphènes ou HELLP syndrome : à voir au cas par cas
- hémorragie de la délivrance, transport pour embolisation, après stabilisation de l'état hémodynamique. La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens (service demandeur, SAMU SMUR, service d'accueil). Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps.

• Liste indicative des contre-indications au transport maternel

- placenta praevia avec métrorragies significatives en cours
- état hypertensif, RCIU avec anomalie grave du RCF
- MAP avec dilation du col \geq 4 cm et terme > 30 SA
- risque d'accouchement pendant le transport
- hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable. **Un état hémodynamique instable contre indique le transport** vers une autre structure et **conduit à une chirurgie d'hémostase sur place** (recommandations du CNGOF et de l'ANAES 1/12/2004).

Prise en charge des nouveau-nés (TIU ou TNN)

La graduation des niveaux de soins repose sur une définition de l'offre de soins néonataux (équipements et personnel) selon les décrets de 1998. Les conditions de prise en charge et les soins pratiqués sont déclarés et validés par chacun des établissements dans le respect de son niveau de soins d'appartenance.

Chaque structure s'engage à transférer ou retransférer tout nouveau-né vers une structure compatible avec l'état de santé de l'enfant prenant en compte le niveau de soins de la structure d'accueil, les conditions de prise en charge du nouveau-né et les soins pratiqués par l'établissement.

AG = Age gestationnel

SA = semaines d'aménorrhée

	Condition de prise en charge du nouveau-né par l'établissement	Soins pratiqués par l'établissement
Type I - Nouveau-né en bonne santé		
CH Romilly-sur-Seine (10)	AG >= 36 SA et poids >= 2200 g	Avec ou sans photothérapie traditionnelle et non intensive
Clinique de Champagne Troyes (10)		
GCS Epernay (51)		
Type II A - Néonatalogie hors soins intensifs		
Polyclinique Saint- André Reims (51)	AG > 35 SA et poids ≥ 2000 g	Gavage continu
CH Sedan (08)	AG ≥ 34 SA et poids ≥ 1800 g	<ul style="list-style-type: none"> * O2 < 30 % < 3 heures * perfusion périphérique * gavage * antibiothérapie
CH Châlons-en-Champagne (51)		
CH Chaumont (52)		
Polyclinique Courlancy (51)	AG >= 32 SA et poids >= 1500 g	<ul style="list-style-type: none"> * Surfactant * Ventilation sur tube et cathé VO d'attente * Transfusion * Oxygénothérapie nasale * Perfusion sur voie veineuse périphérique
Type II B - Néonatalogie Soins intensifs Nouveau-né présentant une situation pathologique instable avec risque de défaillance vitale nécessitant une surveillance continue (apnées, bradycardie...)		
CH Charleville-Mézières (08),	AG ≥ 32 SA et poids ≥ 1500 g	<ul style="list-style-type: none"> * instillation de surfactant * transfusion sanguine * nutrition entérale à débit constant * nutrition parentérale par cathéter central * ventilation assistée < 24 h * CPAP * O2 >= 30 % * cathéter ombilical
CH Saint-Dizier (52)		
Type III - Réanimation néonatale Nouveau-né présentant une défaillance vitale ou une situation pathologique très instable		
CH Troyes (10)	AG < 32 SA et poids < 1500 g	<ul style="list-style-type: none"> * ventilation assistée > 24 h * cardiopathie malformative ductodépendante
CHU Reims (51)		<ul style="list-style-type: none"> * ventilation assistée > 24 h * toutes les malformations cardiaques en attente de chirurgie, cathétérisme interventionnel * malformation nécessitant une prise en charge chirurgicale

Les rapprochements mère-enfants(RME)

Les RME concernent les transferts en post-partum des mères dont les enfants ont été transférés après la naissance vers une autre structure en raison de leur état de santé ou d'une contre-indication au transfert néonatal.

Cela concerne les enfants porteurs de pathologie grave ou nécessitant des soins prolongés. Outre la préservation du lien mère-enfant, et d'un éventuel allaitement maternel, ces rapprochements permettent aux mères de suivre en continu l'état de santé de leur(s) enfant(s) et de bénéficier d'une éducation thérapeutique si nécessaire. **Ce transfert sera privilégié toutes les fois qu'il s'avère possible, sous condition de place disponible dans la structure d'accueil et il sera tenu compte de la pathologie maternelle.**

Chaque établissement susceptible de recevoir des mères dans ce cadre formalisera une procédure pour solliciter un rapprochement mère-enfant (cf. pages suivantes). Cette procédure (correspondant référent à contacter, numéro de téléphone, circuit de la patiente...) destinée aux autres établissements pourra être diffusée par l'intermédiaire du réseau périnatal. Le mode de transport utilisé pour acheminer la patiente sera choisi par le professionnel de santé qui demande le transfert.

NB : Ces types de transferts n'utilisent pas la ligne dédiée (N° unique) mise en place par le RPCA pour les TIU et TNN.

Procédure RME – CHU REIMS

Centre Hospitalier Universitaire de Reims Pôle Femme-Mère-Enfant Service de Gynécologie-Obstétrique	Procédure N° :
Rapprochement Mère-Enfant	

Date de création	Juin 2014	Nombre de pages : 2
Rédigé par :	I.MESSIEUX	
Date de modification :		
Modifié par :		
Validé par :		

Le service de gynécologie-obstétrique est fréquemment sollicité par les maternités de la région et hors-région pour une demande d'accueil et d'hébergement de patientes nécessitant des soins en hospitalisation et dont le (ou les) nouveau-né(s) est (sont) hospitalisé(s) dans les services de pédiatrie du CHU.

La réponse à cette demande ne peut se faire qu'après :

- 1- Avoir obtenu tous les renseignements concernant l'état de santé de la patiente afin d'évaluer le niveau de sa prise en charge dès son arrivée dans le service et la durée éventuelle de son séjour,
- 2- Avoir recueilli les informations concernant l'état de santé du (des) nouveau-né(s) auprès du service pédiatrique concerné et l'évolution possible au cours des 48h suivantes,
- 3- Avoir évalué les possibilités d'accueil des unités d'hospitalisation (Maternité et/ ou gynécologie) et l'activité du bloc obstétrical.

Nous nous engageons à donner une réponse favorable ou non dans les 2h qui suivent la demande.

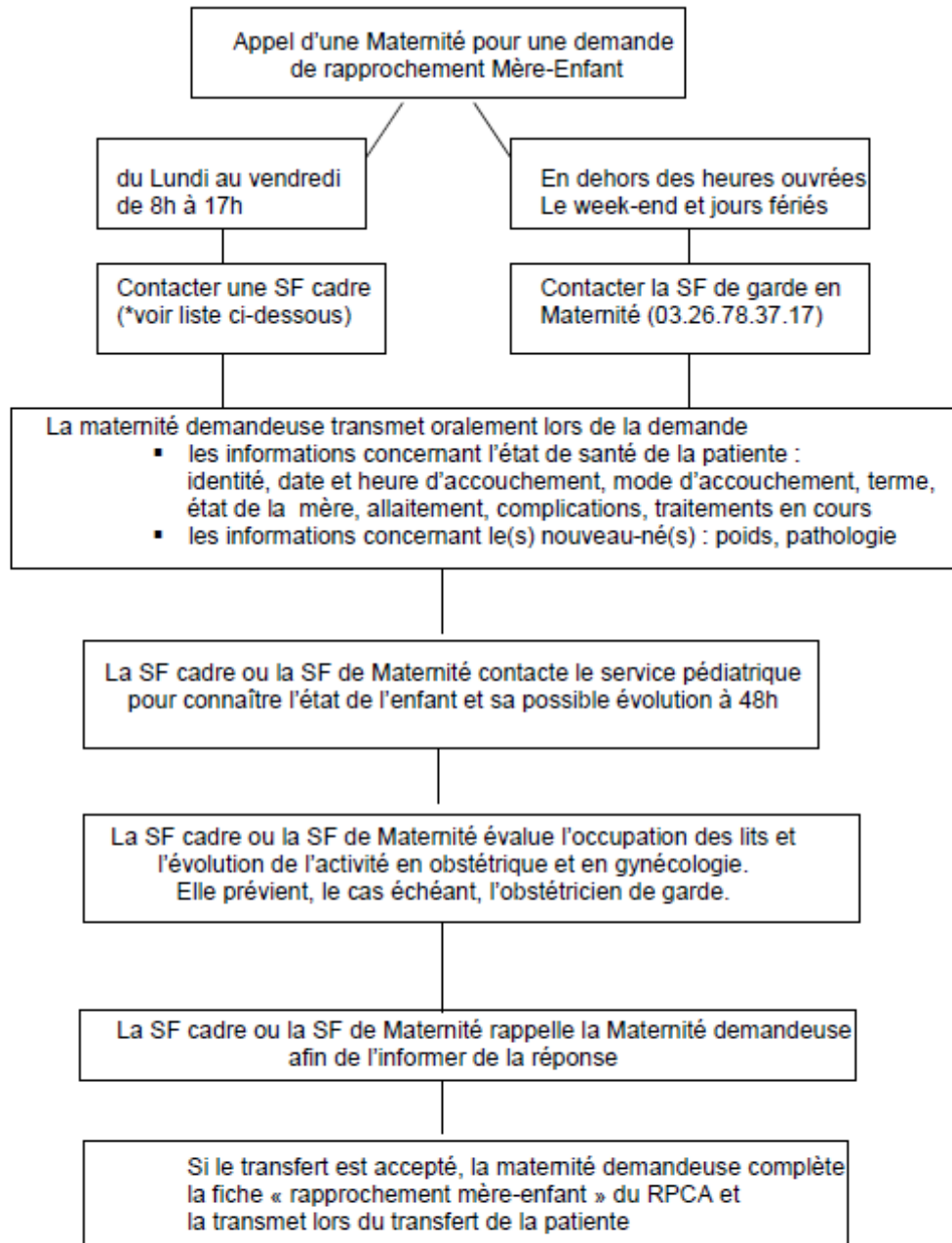
La maternité demandeuse s'engage à fournir la fiche de renseignements « Rapprochement Mère-enfant » du Réseau Périnatal de Champagne Ardenne dûment complétée et à fournir tous les documents nécessaires à la prise en charge de la patiente (Compte-rendu opératoire, copie des résultats de sérologies et NFS plaquettes, carte de Groupe sanguin)

L'organisation du transfert est à la charge du service demandeur. L'ambulancier chargé du transfert doit faire l'admission de la patiente au Bureau des entrées du CHU.

Les prescriptions de sortie (traitement, contraception, soins à domicile, location de tire-lait, ...) seront faites par le service Maternité du CHU.

En cas d'impossibilité de répondre favorablement à la demande, il sera proposé à la Maternité demandeuse de renouveler son appel à 24h.

Si l'état de santé de la patiente ne nécessite pas de maintien en unité d'hospitalisation, il peut être proposé un hébergement en chambres Mère-Enfant en pédiatrie (selon les possibilités d'accueil).



Sage-femme cadre de l'Unité Mère-Enfant :

- Lydie LORIN : 03.26.78.39.07

Sages-femmes cadres autres secteurs :

- Isabelle GREMILLET : 03.26.78.49.44
- Karine STRADY : 03.26.78.90.10

Sage-femme cadre supérieur :

- Isabelle MESSIEUX : 03.26.78.78.54