

Projet RégulPériNAt

Cellule d'orientation et
de régulation des
transferts périnataux en
Nouvelle Aquitaine

COORDINATRICE GENERALE ET MEDICALE

SEVERINE BARANDON (2017-MAI 2019)
EMILIE ROQUAND-WAGNER (DEPUIS SEPT 2019)

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

FLORENCE CALLUAUD

MAI 2020

Ce document présente le projet d'une **cellule d'orientation et de régulation des transferts périnataux en Nouvelle-Aquitaine**, outil mis à disposition des professionnels de la périnatalité.

Cette cellule se veut être une **aide aux transferts périnataux**, proposée aux professionnels de santé.

Elle vise à :

- Faciliter la concertation entre les professionnels en vue d'une décision collégiale de transfert ou non transfert pour la maman et/ou le bébé.
- Renseigner sur la disponibilité en lits d'obstétrique et de néonatalogie sur l'ensemble de la région et éventuellement sur les départements limitrophes et assurer une veille lors de situation d'alerte sur le territoire.
- Organiser le transport et l'accueil de la maman et/ou du bébé, dans le cas de transferts non médicalisés. Cette action s'effectue en coordination avec les SAMU-Centre 15.
- Réaliser une veille épidémiologique des transferts périnataux régionaux

Les protocoles et procédures de transferts périnataux des établissements ne sont pas remis en question dans ce projet, mais pourront être adaptés en y intégrant cette cellule.

SOMMAIRE

• INTRODUCTION	4
• DEFINITIONS ET RECOMMANDATIONS	6
➤ Types de Maternité	6
➤ Types de transferts	9
➤ Modalité des transferts	11
• CONTEXTE	13
➤ Ex Aquitaine	13
➤ Ex Poitou-Charentes	16
➤ Ex Limousin	16
• PROJET REGULPERINAT	18
➤ Organisation de la cellule de transfert	19
○ Logistique	19
○ Moyens humains	20
➤ Registre opérationnel des Ressources	21
➤ Outils régionaux	22
➤ Procédures	23
○ Organisation d'un transfert maternel	23
▪ Indications	23
▪ Appel	24
▪ Transport	26
▪ Suivi	28
○ Organisation d'un transfert néonatal	30
▪ Indications	30
▪ Appel	31
▪ Transport	33
▪ Suivi	35
○ Cas particulier d'un transport pédiatrique	36
➤ Suivi épidémiologique	37
➤ Suivi et Evaluation	38
➤ Montée en charge	39

GLOSSAIRE

- ARS Agence Régionale de Santé
- CHU Centre hospitalier universitaire
- COTPA Cellule d'orientation des transferts périnataux d'Aquitaine
- CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CPP Centre périnataux de proximité
- CTM Contre-transfert Maternel
- CTNN Contre-transfert Néonatal
- DHOS Direction de l'Hospitalisation et Organisation des Soins
- EPF Estimation Poids Foetal
- ETP Equivalent Temps Plein
- HAS Haute Autorité de Santé
- HRP Hématome Rétro placentaire
- HTA Hypertension Artérielle
- MAP Menace d'Accouchement Prématuro
- ORU Observatoire Régional des Urgences
- RCF Rythme Cardiaque Fœtal
- RCIU Retard de Croissance Intra Utérin
- RME Rapprochement mère-enfant
- ROR Registre Opérationnel des Ressources
- RPM Rupture Prématuroe des Membranes
- RPNA Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine
- RSP Réseau de Santé en Périnatalité
- SA Semaine d'Aménorrhée
- SAMU Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SMUR Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- TIIH Transport infirmier inter hospitalier
- TIU Transfert *in utero*
- TNN Transfert Néonatal
- TPP Transfert post-partum

INTRODUCTION

Les Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP) sont définis comme « *un ensemble organisé de plusieurs personnes physiques et morales dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires, agissant pour un objectif commun selon des normes et des valeurs partagées... Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales* » (1).

Dans un contexte de restructuration de l'offre de soins périnatale leur rôle s'est accru. Décret du 9 octobre 1998, fermeture des maternités, création de centres périnataux de proximité (CPP), ont amené à renforcer les missions des RSP, notamment dans la coordination des professionnels et des établissements. (2)

La loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) a conduit à la création de la région Nouvelle-Aquitaine, fusion de 3 ex-régions : Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin (3). A la demande du directeur de l'ARS, un nouveau réseau de santé en périnatalité a été créé en juin 2017 et exerce sa compétence sur l'ensemble du nouveau territoire : le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine. Le RPNA est une association loi 1901, financée par l'ARS qui contractualise ses missions.

Comme le stipule la circulaire de juillet 2015, il a pour mission de restructurer l'offre de soins en périnatalité et notamment l'organisation des transferts maternels et néonataux. Ainsi, en périnatalité, le réseau a pour objectif : « *d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers les structures disposant de l'environnement pédiatrique et maternel nécessaire* ». A cet objectif s'ajoute : « *diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, diminuer l'incidence de la prématurité et diminuer l'incidence du handicap chez les enfants* ». (1)

À l'échelle nationale, des recommandations de bonnes pratiques sont édictées par la HAS et la DHOS sur les conditions de ces transferts périnataux. (4-5-6)

Une politique régionale de prise en charge coordonnée et graduée des femmes enceintes et de leur(s) enfant(s) a été instaurée afin de diminuer la morbidité et la mortalité néonatale et maternelle tout en préservant et en favorisant le lien mère-enfant. Le transfert d'une femme enceinte et/ou de son nouveau-né est souvent vécu comme une épreuve tant pour les patients que pour l'équipe soignante.

La mise en place de transferts *in utero* (TIU) vers une maternité et l'organisation de la naissance de l'enfant dans une structure équipée des moyens nécessaires a participé grandement à la réduction des taux de morbi-mortalité maternelle et néonatale. Trois types de maternités sont ainsi définis en lien avec les niveaux de soins néonataux et la présence ou non de réanimation adulte.

En 2007, l'ex Réseau Périnatal Aquitaine avait mis en place une cellule d'orientation et de régulation des transports périnataux (COTPA), proposant aux professionnels une aide à leur régulation. L'équipe de régulation est basée sur la plateforme du SAMU 33, administrée par le CHU de Bordeaux, ses missions étant coordonnées par le Réseau Périnatal.

La cellule de régulation assure ce rôle de « centralisateur » et permet, de par son expertise, d'avoir une vision globale et pertinente des moyens à déployer et de l'orientation la plus adaptée pour les patientes et les nouveau-nés.

Dans le contexte de restructuration régionale, le directeur de l'ARS Nouvelle Aquitaine a identifié cette cellule comme un élément majeur pour une bonne structuration des transferts périnataux et a demandé, dès 2017, au RPNA de procéder à son extension à l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine, avec une ouverture à terme 7j/7, 24h/24. Un financement spécifique a été alloué pour la montée en charge du dispositif.

Ce projet, appelé **RéguPériNAt**, est donc celui d'une **extension régionale de cette cellule d'orientation et de régulation des transferts périnataux, comme outil mis à disposition des professionnels**, sans remise en question des moyens mis en œuvre pour l'organisation des transports en eux-mêmes.

DEFINITIONS ET RECOMMANDATIONS

TYPES DE MATERNITE

Trois types de maternités sont définis en lien avec les niveaux de soins néonataux et la présence ou non de réanimation adulte selon les recommandations (2) :

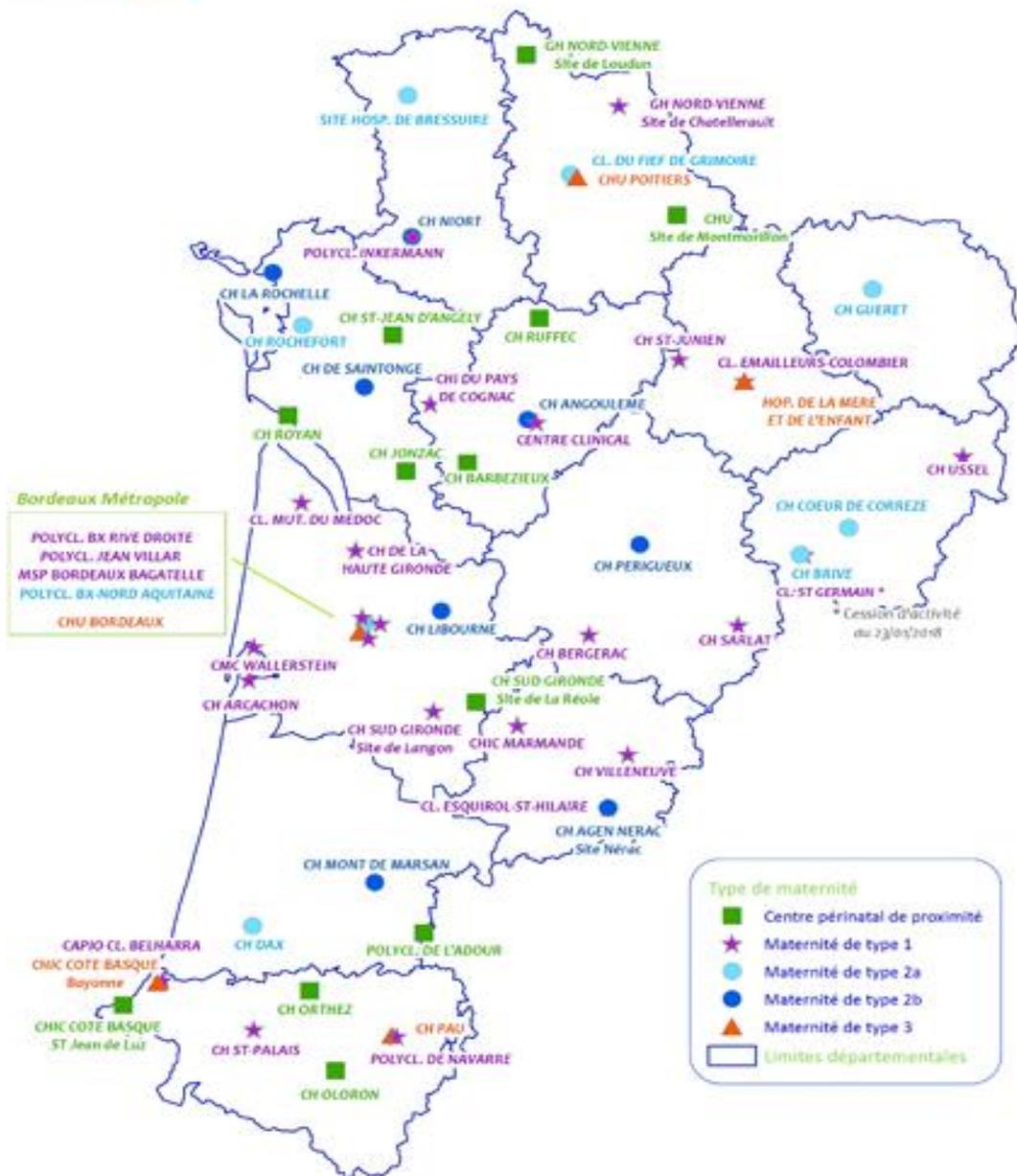
- **Maternité de type I**
 - Dispose d'une unité d'obstétrique.
 - Prend en charge les grossesses physiologiques.
 - Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.
 - Surveillance possible de nouveau-nés ≥ 36 SA et ≥ 2000 g (≥ 35 SA selon avis pédiatrique), asymptomatiques, éventuellement hypotrophes mais de plus de 2000g.
- **Maternité de type II**
 - Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
 - Prend en charge des grossesses à risque modéré.
 - Prend en charge des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation.

Une classification supplémentaire types IIa et IIb est proposée :

- **Maternité de type IIA**
 - Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
 - Peut prendre en charge des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée, ≥ 34 SA et ≥ 1500 g sans détresse respiratoire ni parentérale prolongée.
- **Maternité de type IIB**
 - Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie.
 - Peut prendre en charge des nouveau-nés de ≥ 32 SA et ≥ 1500 g (≥ 1200 g selon avis pédiatrique).
 - Dispose en plus de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes.
- **Maternités de type III**
 - Dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale et d'une réanimation adulte.
 - Prend en charge des grossesses à haut risque.
 - Peut prendre en charge des nouveau-nés < 32 SA et/ou < 1500 g et/ou avec des détresses graves (détresse respiratoire sévère, troubles hémodynamiques, infection néonatale sévère, anoxo-ischémie, malformations congénitales nécessitant une prise en charge spécialisée ...).

Cette classification a pour but d'orienter chaque femme enceinte vers le niveau de soins adapté en fonction des risques inhérents à sa grossesse. Ceci permet avant tout au nouveau-né de bénéficier des soins spécialisés dès sa naissance et d'éviter les transferts postnataux, avec toutes les conséquences en termes d'augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale. **Les critères d'application de ces recommandations peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité.**

Maternités et Centres Périnataux de Proximité Au 01 janvier 2018



TYPES DE TRANSFERTS

Les transferts périnataux concernent les transferts maternels, *in utero* (TIU) ou dans le post-partum, et les transferts néonataux.

Les transferts sont dits « primaires » lorsqu'ils sont réalisés au départ du domicile des patients, ces transferts sont toujours gérés par les SAMU.

Les transferts sont dits « secondaires » lorsqu'ils sont réalisés au départ d'une structure hospitalière. Seuls ces transferts peuvent être gérés par la cellule, lorsqu'ils n'ont pas besoin d'être médicalisés.

➤ Transferts maternels

Un transfert *in utero* est indiqué dès qu'il existe une inadéquation entre la structure d'hospitalisation d'une femme enceinte et la pathologie qu'elle ou son fœtus présente.

Les transferts secondaires maternels concernés par la cellule de régulation peuvent être soit des :

- TIU : transfert *in utero* c'est-à-dire un transfert de femme enceinte, par définition anténatal, réalisés d'un établissement demandeur de type I ou II vers un établissement receveur de type II ou III.
- CTM : contre-transfert maternel réalisé entre un demandeur type II ou III et un receveur type I ou II.
- RME : rapprochement mère-enfant.
- TPP : transfert post-partum maternel.

La HAS a établi en 2012 des recommandations de TIU en fonction de l'âge gestationnel (AG) et de l'estimation du poids fœtal (EPF) pour que le transfert et l'accouchement aient lieu dans une maternité adaptée. (4)

Ainsi :

- Pour les grossesses < 32 SA ou si EPF < 1500g, le TIU soit se faire vers une maternité de type III.
- Pour les grossesses entre 32 SA et 33 SA + 6 jours, il est recommandé d'effectuer le TIU en maternité de type IIB ou III, selon l'EPF, l'AG et les pathologies surajoutées.
- Pour les grossesses entre 34 et 35 SA + 6 jours, il est conseillé de transférer ces patientes au minimum dans une maternité de type IIA, en l'absence de pathologie surajoutée.

Cependant, la HAS note que ces recommandations « *peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité selon les protocoles et les conventions établies de son réseau périnatal* ».

Les indications de transports maternels doivent être une décision médicale relevant d'un accord entre le médecin demandeur et le médecin receveur.

Les indications/contre-indications et modalités de transport maternel sont définies dans les recommandations de l'HAS de 2012. (4)

Indications de transfert in utero NON MEDICALISES	Indications de transfert du post-partum	Contre-indication au transfert maternel
<ul style="list-style-type: none"> • MAP avec ouverture col < 4cm • RPM avec ou sans MAP • Pré-éclampsie équilibrée • Placenta praevia sans saignement actif depuis au moins 12h, sans retentissement hémodynamique • Pathologies chronique non obstétricales sans engagement du pronostic maternel • RCIU • Malformations foetales avec nécessité de prise en charge spécialisée • Grossesse gémellaire compliquée • Contre transfert vers la maternité d'origine 	<ul style="list-style-type: none"> • Complications maternelles du post-partum nécessitant des soins non disponibles dans la maternité initiale • Pré éclampsie • Décompensation de pathologie maternelle peu sévère • Rapprochement mère-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours • Rupture de vasa praevia • HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée • Suspicion d'HRP • Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle • Anomalie grave du RCF • MAP avec dilatation du col > 4cm • Risque d'accouchement pendant le transport • Hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable.

➤ Transferts néonataux

La circulaire DHOS de 2005, relative à l'organisation des transports des nouveau-nés, définit les moyens de leur mise en œuvre dans les cas de transferts secondaires en différenciant (5) :

- Le transport médicalisé inter hospitalier de nouveau-nés atteints d'une détresse vitale ou dont le pronostic fonctionnel est menacé, assuré par un SMUR avec un médecin expérimenté. La régulation de ces transports est faite par les SAMU.
- Le transport infirmier inter-hospitalier (TIIH) de nouveau-nés sans détresse vitale ou dont le pronostic fonctionnel n'est pas menacé mais nécessitant une surveillance particulière, la poursuite d'un traitement en cours ou la réalisation d'examen complémentaire. Il est effectué par un personnel infirmier, si possible infirmier-puéricultrice avec une expérience en réanimation néonatale ou urgence pédiatrique, avec un transport sanitaire formé aux transports pédiatriques.
- Le transport ambulancier pour tout transport d'enfant dont l'état est

jugé stabilisé sans risque de complication pendant le transport envisagé avec un ambulancier, si possible formé aux transports pédiatriques.

Seuls les transports infirmiers et ambulanciers peuvent être régulés par la cellule d'orientation.

Les transferts concernés peuvent être des :

- TNN : transferts néonataux réalisés d'un établissement de type I ou II vers un établissement de type II ou III.
- CTNN : transferts de nouveau-nés réalisés entre un demandeur type II ou III et un receveur type I ou II

Les indications, conditions spécifiques, recommandations en termes de personnel et de matériel sont précisés dans la circulaire selon le type de transfert. (5)

Indications de transfert en type II

- **type 2a** : terme \geq 34SA et poids \geq 1500g
- **type 2b** : terme \geq 32SA et poids \geq 1500g
- Infection néonatale stabilisée
- Syndrome de sevrage symptomatique
- Difficultés d'alimentation nécessitant une nutrition entérale
- Troubles métaboliques
- Ictère nécessitant une photothérapie intensive
- Détresse respiratoire sans ventilation invasive nécessaire

Indications de transfert en type III

- Terme $<$ 32 SA
- Poids $<$ 1500g
- Instabilité des fonctions vitales
- Détresse respiratoire sévère
- Troubles hémodynamiques
- Souffrance neurologique grave
- Défaillance multiviscérale
- Infection néonatale sévère
- Syndrome hémorragique grave
- Isoimmunisation grave
- Malformation nécessitant une prise en charge spécialisée à la naissance
- Anasarque

• = **Transport MEDICALISE le plus souvent**

MODALITES DES TRANSFERTS

La HAS en 2012 et la DHOS par la circulaire de 2006 ont défini les modalités de ces transferts, comme suit : (4;6)

Quelque-soit le transfert, il est recommandé au maximum d'éviter la séparation mère-enfant.

L'indication du transfert doit relever d'un accord direct entre le praticien qui adresse et celui qui accueille la/le patient. Le choix de l'établissement receveur doit se faire en fonction du terme de la grossesse, de l'indication et de la disponibilité des lits de maternité et/ou de prise en charge néonatale.

Il est recommandé de transmettre les informations nécessaires sous forme d'un dossier médical partagé. L'état clinique de la/du patient doit être réévalué au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport.

La patiente et son entourage doivent être informés du motif et des modalités de transport. Les professionnels de santé doivent expliquer la possibilité de contre-transfert dans sa maternité d'origine, ou une autre, en fonction de l'évolution et des besoins de soins. Une information sur l'organisation des soins en réseau périnatal et des éventualités de transferts devrait être donnée à toute femme enceinte dès l'entretien prénatal précoce ou au cours de son suivi.

Le choix du vecteur doit tenir compte de l'indication, du risque d'aggravation de la/du patient en cours de transport, ainsi que du niveau de soins nécessaire en cours de transport. Le matériel recommandé spécifique aux transports infirmiers et ambulanciers est spécifié dans les circulaires DHOS de 2005 et 2006. (5,6)

De même, il est précisé que les personnels infirmier(e)s puéricultrices en charge du transport doivent avoir, si possible, une expérience en réanimation néonatale ou urgence pédiatrique d'au moins 1 an ainsi qu'une formation au transport pédiatrique. Des formations spécifiques aux ambulanciers réalisant ces transports doivent être faites.

La DHOS a présenté, dans la circulaire de 2006, des recommandations pour optimiser l'organisation des transferts périnataux inter-hospitaliers, en complément de la circulaire de 2005, relative aux transferts des nouveau-nés. (5,6)

Celles-ci seront inscrites dans le Plan Régional de Santé et font l'objet d'une inscription dans les CPOM des réseaux périnataux : Elle stipule la **création d'une « cellule » d'orientation périnatale** avec un interlocuteur unique contacté par un **numéro d'appel spécifique**, permanent 24h/24 et 365 jours/an, connus des professionnels amenés à demander ou recevoir un transfert afin de centraliser l'organisation.

L'interlocuteur a pour mission de proposer une orientation pour chaque demande de transfert périnatal inter-hospitalier, de disposer de moyens nécessaires pour mettre en relation les professionnels demandeur/receveur et organiser une conférence téléphonique si besoin, connaître en permanence le nombre et la localisation des lits disponibles sur le territoire. Les marches à suivre et modalités doivent être décrites. Cette organisation doit s'appuyer sur des professionnels de la périnatalité, formés aux pratiques de l'orientation sous la responsabilité du responsable de la structure et en lien avec les SAMU.

Une organisation des transferts avec une vision globale permet ainsi de prendre en compte le retentissement de l'organisation des TIU sur les TNN et inversement et ainsi d'agir comme levier sur la saturation potentielle des types III.

La HAS recommande que les moyens matériels adaptés et facilitant l'organisation soient prévus et l'évaluation de l'activité régulière (4).

Financée initialement par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) puis le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FICQS) dans le cadre du Réseau Périnatal Aquitaine, la COTPA est composée de 1,8 ETP sage-femme, occupés par 2 professionnelles du CHU de Bordeaux. Ces 2 postes sont financés comme unités fonctionnelles du SAMU 33 au sein du pôle urgences du CHU de Bordeaux. Pour cela une convention de coopération a été établie par le CHU de Bordeaux et le RPA. Elle concerne l'élaboration des outils régionaux, le suivi opérationnel de la COTPA, l'utilisation des données régionales etc.

La coordination du réseau de périnatalité assure une mission de suivi et d'évaluation annuelle, sous la forme d'un bilan des transferts régionaux, réalisé à partir d'une base de données colligée par les sages-femmes régulatrices de la COTPA. Cette base de données régionale appartient au réseau, qui en assure le traitement.

Cette régulation par la cellule permet le contact direct entre les médecins adresseur et receveur par la possibilité de mise en conférence téléphonique. Le risque médico-légal des transferts périnataux existe (survenue des complications par l'aggravation de la pathologie maternelle ou néonatale, accouchement pendant le transport..), aussi les appels sont systématiquement enregistrés.

Les limites territoriales du réseau, le nombre de maternités, leur type, les flux des patientes vers ou depuis d'autres régions, l'accessibilité aux soins, l'existence d'équipes SMUR ou SAMU sur le territoire ont été pris en compte dans la réflexion menée lors de la création de la cellule en Aquitaine.

La COTPA est basée au sein de la plateforme du SAMU 33, sur le site de l'Hôpital Pellegrin au CHU de Bordeaux. Ceci a permis une mutualisation des moyens matériels (salle de régulation, ordinateurs, logiciels de régulation et de traitement, matériel de téléphonie...) et humains (liens directs avec les médecins régulateurs et les agents de mise à disposition des moyens de transports).

La permanence téléphonique de régulation est assurée par des sages-femmes. Elle est ouverte 5j/7 de 8h00 à 18h00, du lundi au vendredi sauf jours fériés. En période de congés annuels, les horaires d'ouverture se trouvent réduits de 8h00 à 16h 00, du lundi au vendredi.

En dehors de ces horaires les contacts se font directement entre professionnels ou par l'intermédiaire du SAMU.

Le recensement des disponibilités des lits se fait de manière bi quotidienne (matin et soir), par téléphone, au sein des services concernés et est actualisée si des transferts ont été réalisés.

Sur les deux dernières années, 1600 transferts périnataux en moyenne, tous types confondus, ont été réalisés en ex-Aquitaine. Selon les recommandations décrites dans la circulaire de 2005, les transports non médicalisés, considérés comme pouvant être régulés par la COTPA, représentent environ 60% de la totalité des transports.

Ils se répartissent à peu près équitablement entre les transports maternels et néonataux et de façon assez régulière sur l'année. La distribution hebdomadaire des transferts est homogène sur les jours ouvrables et chute de moitié le weekend. Moins d'un quart des transferts ont lieu la nuit.

La COTPA est une organisation maintenant bien connue des professionnels du territoire aquitain, elle est correctement identifiée et est considérée comme un service « utile » par les établissements. Les maternités de type 1 sont les plus demandeuses de transfert et les types III, les plus receveurs.

Cependant, même au sein de l'ex-Aquitaine, la COTPA ne régule pas tous les transferts non médicalisés du fait des périodes d'ouverture limitées mais aussi d'organisations territoriales particulières, notamment par l'existence d'un SMUR pédiatrique local. En moyenne, 80% des transports « éligibles » COTPA sont régulés par celle-ci, soit environ 2.8 transports par jour.

La cellule assure par ailleurs une veille épidémiologique de tous les transferts périnataux, puisqu'elle collige dans une base de données, tous les transferts effectués, qu'ils aient été régulés par la cellule ou non. Cette mission primordiale permet de faire un bilan d'activité ajusté et suivre l'organisation des transferts.

Un dossier commun périnatal pour les transferts maternels et néonataux est partagé par l'ensemble des professionnels de l'ex-Aquitaine afin d'harmoniser les éléments transmis.

Certains transports infirmiers sont assurés par des puéricultrices de transports, issues du service de néonatalogie du CHU de Bordeaux. Elles n'ont pas aujourd'hui vocation à assurer tous les TIIH aquitains étant agents du CHU et certaines triangulaires de transport néonataux, hors département de la Gironde, sont assurées par d'autres moyens, essentiellement le SMUR. Elles ont, par ailleurs d'autres missions, comme l'organisation et la réalisation d'exams RetCam. De même, certaines maternités de type II sont dotées de temps de puéricultrices de transports pour les transferts néonataux locaux.

EX POITOU CHARENTES

Le nombre de naissance de ce bassin de population est d'environ 15000 par an.

Actuellement, la régulation des transferts périnataux de l'ex-Poitou Charentes est assurée par les SAMU-Centre 15. A la charge du médecin de garde du service adresseur de trouver une place d'accueil pour sa/son patient, de prendre contact avec son homologue du service receveur potentiel. Les demandes de TIU vers le CHU de Poitiers se font directement entre l'obstétricien demandeur et le receveur (échange téléphonique +/- conférence à 3 avec le SAMU). Le réanimateur pédiatrique de garde est interrogé quant à la possibilité d'accueil du nouveau-né. Des procédures relatives à ces transports sont établies par l'ex Réseau Périnatal Poitou-Charentes.

Un dossier commun de transfert périnatal, sous forme d'un tryptique carbone, est partagé par l'ensemble des professionnels.

Les transports maternels et néonataux sont majoritairement médicalisés avec les SAMU, certains en « over triage » au regard des recommandations nationales.

Un temps de puéricultrice de transport, détachable du service de néonatalogie, est dédié au CHU. Elle assure essentiellement les contre-transferts néonataux et les transferts pour examens complémentaires.

EX LIMOUSIN

Environ 7000 naissances par an sont domiciliées en ex Limousin,

De même qu'en ex-Poitou-Charentes, la régulation des transferts périnataux se fait via les SAMU-Centre 15. Les médecins référents des patients à transférer sont en charge de trouver une place d'accueil en se mettant directement en lien avec les médecins receveurs et services potentiels.

L'absence de structure de type IIb sur le territoire rend compte des transferts ascendants maternels de façon très prédominante vers l'unique structure de type III (HME CHU Limoges)

La régulation de ces transferts ascendant est donc assurée par l'équipe de la salle de naissance de l'HME (Obstétricien/Sage-femme) en relation avec le réanimateur pédiatre de garde pour s'assurer de la disponibilité de place pour le nouveau-né (réanimation/soins intensifs/néonatalogie)

Une ligne d'astreinte pédiatrique (renfort de la réanimation pédiatrique, de la salle de naissance (grossesses multiples)) permet également la prise en charge H24, par un pédiatre, des transports ascendants des nouveau-nés (50 à 60/an).

Un temps dédié de puéricultrices de transport, détachées du service de néonatalogie du CHU de Limoges, permet d'assurer les contre-transferts néonataux (100 à 120/an).

Les procédures de transferts maternels et néonataux ainsi que les documents devant figurer dans le dossier faisaient l'objet de documents qui avaient été établis par l'ancien Réseau PérinatLim.

PROJET REGULPERINAT

Le projet **RégulPériNAt**, demandé par l'ARS depuis 2017, est une **extension du modèle de la cellule de régulation d'ex-Aquitaine**, pour proposer cet outil aux professionnels de toute la région Nouvelle-Aquitaine, dans un souci d'harmonisation et de soutien aux équipes dans l'organisation de ces transferts.

Les professionnels pourront se saisir, ou non, de cet outil s'ils le jugent utile à leur prise en charge.

Cette cellule aura aussi pour objectif de faire un suivi épidémiologique des transferts périnataux régionaux, y compris ceux qu'elle n'aurait pas régulés.

Le challenge est d'étendre cet outil, tout en prenant en considération les particularités territoriales, les besoins de ces bassins de population et les moyens mis en œuvre pour les réaliser. Le partenariat entre les différents professionnels de la périnatalité (équipes obstétricales, néonatales, anesthésies, urgences, Samu, tutelles) et la mise à disposition de documents communs est une nécessité pour le bon fonctionnement de l'organisation.

Cette cellule couvrira en Nouvelle-Aquitaine un bassin d'environ 56 000 naissances.

L'offre de soins en Nouvelle-Aquitaine est répartie sur 44 maternités :

- 5 maternités de type III
- 8 maternités de type IIB
- 8 maternités de type IIA
- 23 maternités de type I

Seuls les transferts inter hospitaliers sont concernés par la cellule d'orientation des transferts périnataux selon les modalités et recommandations décrites par la HAS et la DHOS, comme reportées plus haut. (4,5,6) La cellule RegulPériNAt aide à la fois à l'organisation des transferts maternels et des transferts de nouveau-nés non médicalisés.

Il est uniquement question de proposer aux professionnels cette cellule d'orientation et de régulation des transferts périnataux, sans repenser de façon plus générale leurs modalités, ni les moyens alloués à leur organisation, comme les temps dédiés de puéricultrice de transport.

Ce projet comporte plusieurs volets :

- l'organisation de la cellule de régulation
- l'utilisation du ROR (Registre Opérationnel des Ressources) pour l'état des lieux des lits disponibles et la possibilité de déclarer des évènements indésirables associées aux transferts périnataux
- la création d'outils harmonisés partagés par tous les professionnels de la périnatalité
- la structuration de procédures pour répondre aux recommandations
- le suivi épidémiologique des transferts périnataux
- la stratégie de suivi et les outils d'évaluation afin d'ajuster le projet aux besoins
- les étapes de montée en charge

La construction de la cellule et son évolution ont été l'objet de réunions de concertation entre l'ARS, le CHU de Bordeaux et le RPNA.

Le réseau périnatal Nouvelle Aquitaine par le biais de la Commission de travail « Transferts » et des sages-femmes de régulation, a la responsabilité des documents élaborés sur ce thème. Un groupe de travail régional est actif depuis le mois de décembre 2018 et travaille à l'élaboration de ces documents et outils harmonisés.

ORGANISATION DE LA CELLULE DE TRANSFERT

- **Logistique**

La cellule RégulPériNAt se situe sur la plateforme du SAMU 33, au CHU de Bordeaux, à proximité des locaux du RPNA. Cette configuration permet une facilité d'échanges entre les sages-femmes et l'équipe de régulation du SAMU.

Une convention de coopération est établie entre le CHU et le RPNA.

Deux postes de régulation sont prévus pour la cellule. Chaque poste est doté de 3 écrans d'ordinateurs, permettant la visibilité simultanée des logiciels et outils de travail.

Le logiciel « AppliSAMU » du SAMU 33, est utilisé pour enregistrer la demande de transfert. Pour chaque demande une fiche est créée avec les éléments administratifs et médicaux nécessaires au transfert.

Le portail internet du CHU de Bordeaux est à disposition pour un accès internet. Un mail spécifique sécurisé via ESEA est proposé pour échanger entre les professionnels et la cellule afin de transmettre les dossiers patients.

Une centrale téléphonique « MediQ » permet une double écoute des appels, un enregistrement à visée médico-légale et la possibilité de mise en conférence des professionnels pour échanger directement.

- **Moyens humains**

Selon les recommandations, les interlocuteurs de la cellule de régulation sont des sages-femmes pour leur expertise dans l'organisation des transferts périnataux. Elles sont formées à la régulation.

Les sages-femmes régulatrices sont administrativement employées du CHU de Bordeaux, au sein du pôle Urgence avec un cadre hospitalier. Le RPNA coordonne leurs missions, veille au suivi et à l'évaluation des pratiques.

Le médecin régulateur du SAMU reste le responsable médical vers qui les sages-femmes peuvent se tourner si nécessaire.

De par leur présence, les sages-femmes assurent à la fois une fonction « médicale » mais aussi une fonction « humaine », notamment en faisant un lien entre les différents professionnels concernés par le transfert. Cette relation de confiance entre les différents praticiens est à la base du travail en réseau, les sages-femmes assurant un rôle essentiel d'humanisation et de personnalisation des transferts.

Jusqu'à présent, dans la configuration « COTPA », 2 sages-femmes sur 1.8 ETP partageaient cette mission. Dans l'optique de montée en charge et d'extension régionale, 1 ETP supplémentaire a été alloué, financé par l'ARS. Deux nouvelles sages-femmes ont été d'ores et déjà recrutées d'un commun accord entre le CHU de Bordeaux et le RPNA. Elles sont actuellement en période de formation.

A l'ouverture de la cellule régionale, les sages-femmes seront toutes formées et opérationnelles.



Sabrina Delbrel



Marie-Christine Delille



Sandrine Vaguener

REGISTRE OPERATIONNEL DES RESSOURCES

L'Observatoire Régional des Urgences Nouvelle Aquitaine (ORU) vise à améliorer le parcours du patient et la qualité de sa prise en charge dans le cadre de l'urgence. C'est un organisme indépendant financé par l'ARS et les établissements membres de droit. Ses missions sont de recueillir et analyser les données d'activité des structures d'urgences, d'accompagner à la production ou échanges d'informations, de proposer des dispositifs de veille et d'alerte en situation de tension dans les établissements et de coordonner des réseaux territoriaux des urgences.

Dans ce cadre, l'ORU a créé un outil : le **ROR**, Registre Opérationnel des Ressources, permettant l'analyse des modalités d'accueil des services d'urgences via une plateforme internet. Cet outil est déjà utilisé par les services d'urgence de la Nouvelle Aquitaine.

L'ARS a souhaité que l'ORU et le RPNA travaillent ensemble pour ajouter à leur dispositif un volet périnatal, qui propose :

- un annuaire des établissements décrivant la structure, les domaines de compétences développées ainsi que les praticiens des équipes de maternité et néonatalogie avec leurs coordonnées,
- d'évaluer les capacités opérationnelles de disponibilité de lits en maternité et unités de néonatalogie et réanimation néonatale régionales, mis à jour matin et soir,
- d'identifier et d'alerter lors de tension au sein de l'établissement,
- de déclarer tout évènement indésirable dans le cadre de la périnatalité.

L'ORU a pour mission l'information et la formation des établissements et des professionnels à l'utilisation du dispositif. Les sages-femmes régulatrices ont été formées.

Dans les champs des transferts périnataux, le ROR sera un outil très utile permettant une visibilité des places disponibles par tous les professionnels de terrain et par les sages-femmes régulatrices de la cellule, aidant à l'orientation et la régulation des demandes de transferts périnataux.

Par ailleurs, la **déclaration d'évènements indésirables** pourra se faire sur une fiche dédiée via la plateforme, qui sera transmise automatiquement à la coordination du RPNA. Celles-ci pourront être remplies par tout professionnel de la périnatalité ou par les sages-femmes régulatrices de la cellule et pourront concerner tant les aspects organisationnels que médicaux. L'évaluation de ces fiches sera faite par la coordination du RPNA et l'ARS pour ajuster le fonctionnement de la cellule et mettre en évidence les besoins matériels et humains pour les transferts dans les territoires.

OUTILS REGIONAUX

La création d'outils harmonisés partagés par tous les professionnels de la périnatalité simplifiera les échanges dans les situations de transferts périnataux.

Ces outils ont été travaillés par la commission « Transferts » du RPNA, avec l'implication de professionnels de toute la région.

Ainsi, une **fiche d'information** au transfert maternel et néonatal est proposée, comme recommandé par l'HAS en 2012, expliquant le travail en réseau des maternités et la nécessité de transferts dans un type de maternité adapté à la prise en charge de la/du patient. (4) Il appartient au médecin adresseur de transmettre cette information et recueillir le consentement éclairé de la patiente.

De même, 3 **dossiers transferts** ont été travaillés et sont proposés aux professionnels : *dossiers de transfert maternel, de transfert néonatal et de contre-transfert néonatal*. Les dernières pages des dossiers proposent une check-list des éléments à fournir, en plus du dossier rempli.

Ils ont été pensés pour être simples, concis mais complets, permettant la transmission des éléments essentiels à la prise en charge de la/du patient. L'utilisation d'un dossier régional commun permettra de retrouver facilement les éléments médicaux et administratifs dont le praticien a besoin, malgré des dossiers obstétricaux différents selon les établissements. Dans le cas de transfert maternel, une copie du dossier obstétrical de l'établissement adresseur pourra être jointe.

L'informatisation du dossier permettrait sa transmission facilitée, mais dans l'attente il peut être transmis par fax ou mail sécurisé.

Tous ces documents sont sur le site RPNA, téléchargeables en accès libre : <https://rpna.fr/transferts-perinataux/>

Des documents supplémentaires, comme une plaquette d'information sur le travail en réseau régional des maternités à destination des patients, sont en cours d'élaboration.

PROCEDURES

L'organisation de la cellule RégulPériNAt et les procédures proposées ci-dessous s'appuient sur les recommandations nationales précitées mais prennent en compte la réalité de terrain. En effet, les moyens alloués à ce jour aux transferts périnataux régionaux ne permettent pas d'appliquer *stricto sensu* les recommandations générant de fait des procédures « dégradées ».

La cellule RégulPérinat est un outil de régulation et d'orientation des transferts périnataux secondaires, maternels ou néonataux, NON MEDICALISES, inter-établissements de santé.

En cas de demande de transfert MEDICALISE celui-ci doit être régulé par le SAMU-Centre 15.

Initialement, la RégulPériNAt sera ouverte du lundi au vendredi de 8h à 18h30, hors jours fériés.

La RégulPériNAt traitera les demandes au mieux mais la montée en charge est à ce jour difficile à évaluer puisque cet outil est une proposition non obligatoire de soutien à l'organisation d'un transfert. Aussi il est possible qu'elle soit indisponible du fait d'un trop grand nombre de demandes à traiter en même temps, au vu du temps sage-femme régulatrice dédié actuellement.

En cas de fermeture ou d'indisponibilité de la RégulPériNAt, les médecins adresseurs devront se charger de trouver une place pour leur patient en prenant contact directement avec les médecins receveurs, de faire les transmissions aux équipes concernées et de commander une ambulance pour le transport.

Les SAMU-Centre 15 peuvent aider dans cette organisation

Demande de transfert périnatal, Maternel ou Néonatal

Indication de transfert MEDICALISE

= URGENCE VITALE STABILISEE

- **Transport maternel**
 - Hémorragie maternelle
 - Pré-éclampsie sous ttt IV
 - Eclampsie
 - Diabète sous Insuline IVSE
 - HELLP syndrome
 - Pathologie sévère du post-partum
- **Transport néonatal**
 - Prématurité < 33SA
 - Poids de naissance < 1500g
 - Instabilité des fonctions vitales

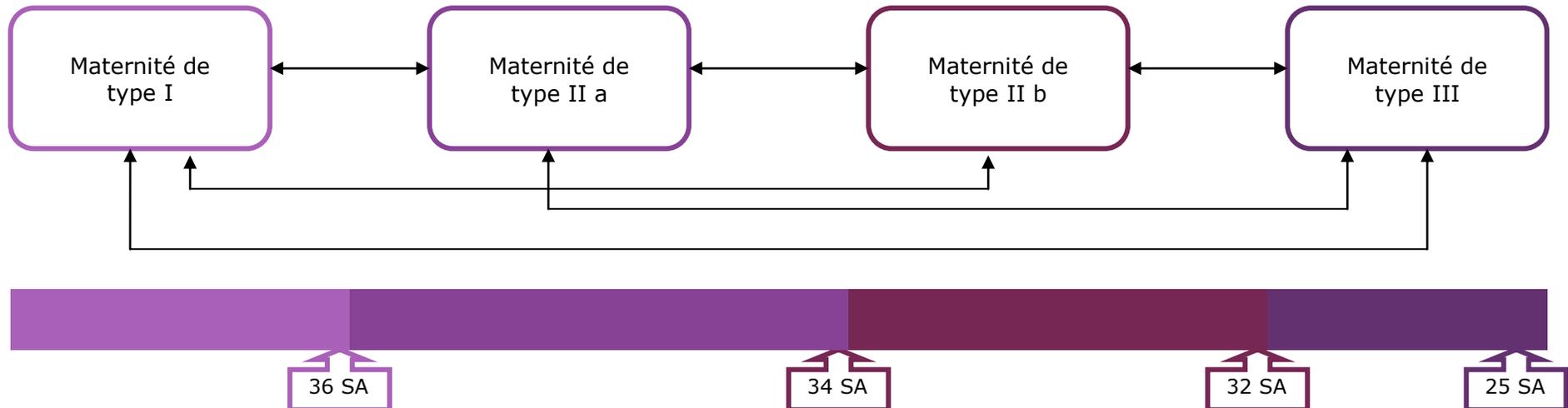
Indication de transfert NON MEDICALISE

= PAS d'URGENCE VITALE

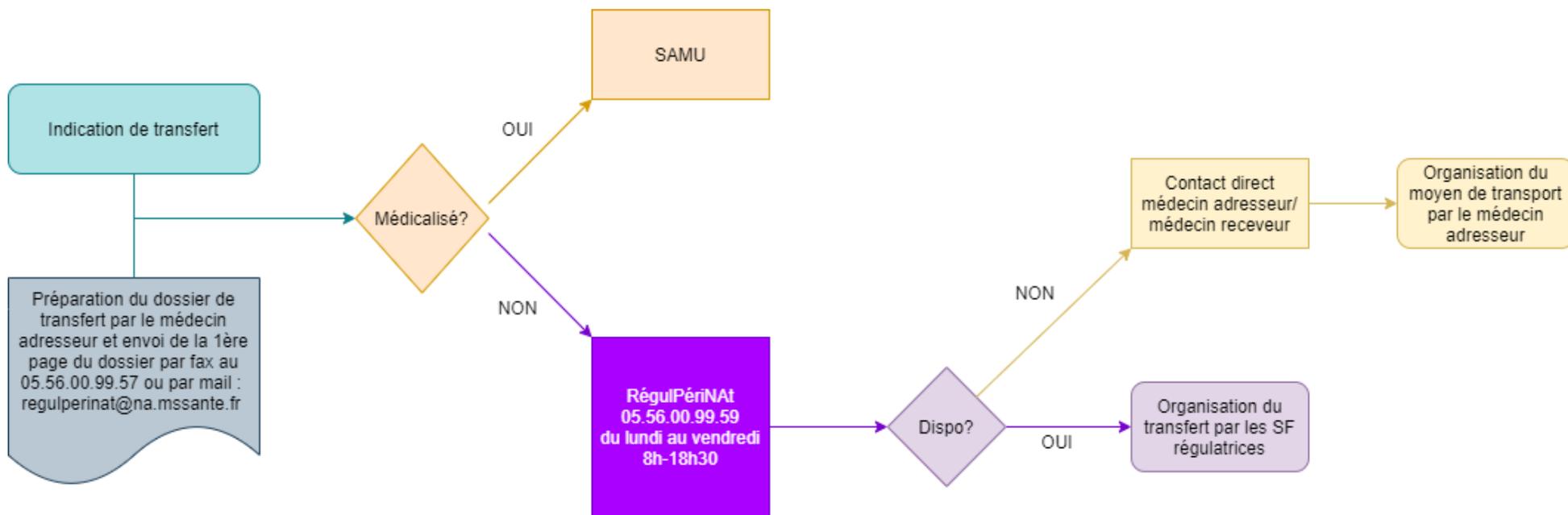
- **Transport maternel**
 - MAP, RPM, RCIU stables
 - Pré-éclampsie avec traitement oral
 - Placenta praevia avec saignement ≥ 12h
 - Pathologie du post-partum hors HPPI
 - Rapprochement mère enfant
- **Transport néonatal**
 - Terme > 33SA et poids > 1500g
 - Sans instabilité des fonctions vitales

CONTRE INDICATION au transfert

- Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours
- Rupture de vasa praevia
- HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée
- Suspicion d'HRP
- Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle
- Anomalie grave du RCF
- MAP avec dilatation du col > 4cm
- Risque d'accouchement pendant le transport
- Hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable



Organisation d'un transfert périnatal



• ORGANISATION D'UN TRANSPORT MATERNEL

Les transports maternels peuvent être :

- des transferts *in utero*, ascendants d'une maternité de type I ou II vers une maternité de type II ou III
- des contre-transferts *in utero*, descendants vers la maternité d'origine le plus souvent
- des transferts du post-partum
- des rapprochements mère-enfant

1. Indication de transfert

Le médecin obstétricien doit vérifier que la pathologie maternelle et/ou fœtale relève d'un transfert ou bien d'une prise en charge immédiate dans l'établissement où la patiente est prise en charge.

Les critères de transfert dépendent de la pathologie maternelle ou fœtale mais aussi de l'âge gestationnel et du poids fœtal estimé, ainsi que de la présence de pathologies ou de facteurs ajoutés selon les recommandations de l'HAS, précitées. (4;6)

Liste indicative de transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical (4;6)

- RPM isolée
- Placenta praevia sans métrorragie ou métrorragies stables depuis plus de 12h
- Etat hypertensif contrôlé, RCIU et RCF normal
- Diabète maternel sans insuline IVSE
- Cholestase
- MAP sans tocolyse IV
- MAP, sous tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine
- Pré-éclampsie avec TA équilibrée sans signe fonctionnel (TA < 160/100 et Pu < 0.3g/24h)

Selon l'HAS et la DGOS certains transports maternels non médicalisés pourraient se faire avec un accompagnement infirmier (TIIH) mais non disponible sur la région avec les moyens actuels alloués.

Dans le cas d'un contre-transfert maternel ou d'un rapprochement mère-enfant, l'obstétricien référent doit également donner son accord selon l'état clinique de la patiente.

2. Appel

Pour toute demande de transfert médicalisé, le médecin responsable appelle le SAMU-Centre 15.

Pour les demandes de transfert NON MEDICALISE, le médecin responsable appelle la **RégulPériNAt** au **05 56 00 99 59**, durant les heures d'ouvertures. Il reste le seul responsable de sa patiente jusqu'au départ de celle-ci et peut avoir anticipé la recherche d'une place pour sa patiente en ayant contacté par avance l'obstétricien receveur.

- Le médecin adresseur :
 - **informe la patiente** du transfert, lui remet la **fiche d'information**
 - **prépare le dossier de transfert maternel** contenant les éléments médicaux et administratifs nécessaires à la poursuite de la prise en charge de la patiente
 - prépare une **copie du dossier obstétrical** entier et des examens complémentaires indispensables à la prise en charge
 - prépare un **bon de transport** pour les transferts avec compagnie privée
 - **envoie la page 1 du dossier transfert maternel** à des fins de suivi épidémiologique :
 - par fax au **05 56 00 99 57**
 - par mail à **regulperinat@na.mssante.fr**

Une check-list adjointe au dossier de transfert maternel permet de s'assurer de la complétude des éléments à fournir.

- La RégulPériNAt :
 - **recueille les éléments du dossier** essentiels au transfert
 - **aide à trouver la place la plus adaptée**, grâce à sa connaissance de l'état des lieux des lits d'hospitalisation au niveau régional via la plateforme du ROR (maternel et néonatal)
 - prend **contact avec les médecins de l'établissement receveur** potentiel pour accord du transfert (obstétricien ET pédiatre). Une **conférence téléphonique** entre les médecins est systématiquement proposée
 - prend **contact avec la sage-femme coordonnatrice de la maternité d'accueil et/ou la cadre du service de néonatalogie** pour confirmer la disponibilité des lits et faire des transmissions ciblées

La maternité d'accueil dépend du terme de grossesse, du poids fœtal estimé, de la pathologie maternelle et/ou fœtale selon les recommandations, ainsi que de la disponibilité des places d'hospitalisation. L'avis du médecin régulateur du SAMU territorial peut être pris, une décision de médicalisation du transfert reste toujours possible.

En cas de fermeture ou d'indisponibilité de RégulPériNAt, **le médecin adresseur doit contacter directement le médecin receveur et organiser lui-même le moyen de transport +/- aide par SAMU-Centre 15**

Une **fiche d'Événement Indésirable** doit être remplie sur la plateforme du ROR en cas d'indisponibilité de la RégulPériNAt sur ses horaires d'ouverture

3. Transport

Un fois la place trouvée, l'accord de transfert validé par les médecins adresseur et receveur et les transmissions faites à la sage-femme coordinatrice de la maternité d'accueil, celui-ci peut être organisé.

Le médecin régulateur du SAMU territorial peut être sollicité par la RégulPériNAt afin de discuter du mode de transport si besoin.

Une demande de transport faite à la RégulPériNAt peut être transmise au SAMU du territoire concerné pour prise en charge médicalisée selon les indications et l'état de la patiente.

La RégulPériNAt **recherche les moyens disponibles** au transport non médicalisé, selon les recommandations et **informe** le médecin adresseur du déroulement de l'organisation et des délais d'arrivée des moyens de transport. (4,5,6)

La commande de l'ambulance se fait selon le protocole de l'établissement envoyeur si celui-ci possède un « contrat 80 » avec une/des compagnies et une plateforme d'appel dédiée (8). Sinon La RégulPériNAt se charge de trouver une ambulance disponible et habilitée.

Un contre-transfert maternel pour suite de la prise en charge peut être organisé et planifié en avance avec une date de départ effectif défini en fonction des places disponibles, ce qui peut être différent du jour d'appel.

Au départ de la patiente, le médecin adresseur s'assure de la stabilité clinique de la patiente et du fœtus afin de confirmer la faisabilité du transport.

Tout transport **non effectué selon les recommandations**, par manque de moyen disponible ou de place dans une maternité de type adapté par exemple, peut faire l'objet d'une **fiche d'évènement indésirable**

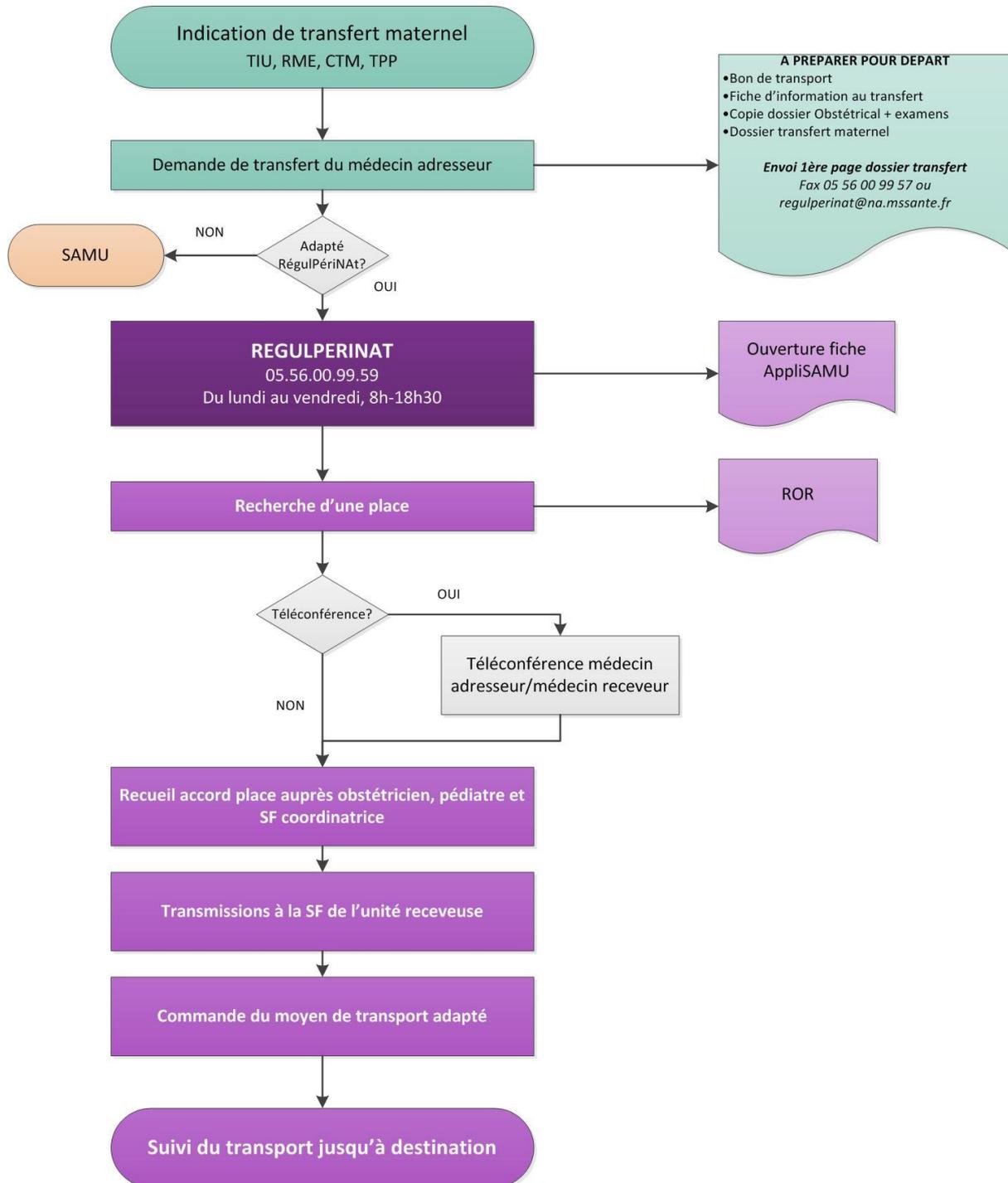
4. Suivi du transport

La RégulPériNAt transmet à la sage-femme du service de l'établissement receveur les éléments médicaux de la patiente et assure le suivi du bon déroulement du transport.

L'équipe paramédicale effectuant le transport doit être dotée de moyens de communication lui permettant d'être en lien avec la RégulPériNAt et le SAMU. Une procédure en cas de problème pendant le transport est travaillée par la commission « Transfert », faisant référer au médecin du SAMU.

La première page est récupérée par la RégulPériNAt, par fax ou mail, afin de compléter la base de données.

ORGANISATION D'UN TRANSFERT MATERNEL NON MEDICALISE AUX HORAIRES D'OUVERTURE DE LA REGULPERINAT



- **ORGANISATION D'UN TRANSFERT NEONATAL**

Le transfert néonatal peut être :

- un transfert néonatal secondaire vers un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale pour une prise en charge adaptée du nouveau-né
- un contre-transfert néonatal descendant vers un service de néonatalogie de type II ou vers le service de suites de couches de la maternité d'origine
- un rapprochement de l'enfant vers sa mère, si celle-ci est hospitalisée pour sa propre prise en charge dans un établissement différent de la maternité dans laquelle elle a accouché
- un transfert néonatal secondaire pour réalisation d'examen complémentaire dans un autre établissement

1. Indication de transfert

Les critères de transfert dépendent de la pathologie mais aussi de l'âge gestationnel et du poids de naissance de l'enfant, et l'indication du transfert est sous la responsabilité du pédiatre en charge du patient.

Dans le cas d'un rapprochement de l'enfant vers sa mère, qui serait hospitalisée dans un autre établissement pour sa prise en charge, le pédiatre référent doit également donner son accord pour le transfert du nouveau-né.

Pour rappel, une maternité de type 1 peut surveiller des nouveau-nés **à partir de 36 SA et de plus de 2000g, asymptomatiques (possibilité 35-36 SA selon avis pédiatrique)**.

Les conditions d'accueil et de surveillance doivent être validées par le pédiatre référent de l'établissement. Dès l'apparition de symptômes ou si les conditions de surveillance sont estimées insuffisantes, le transfert de l'enfant doit être effectué vers un établissement de soins adaptés.

Toute situation de doute à propos d'une indication de transfert doit être discutée. La RégulPériNAt peut organiser une conférence téléphonique entre les professionnels référents et prendre avis auprès du médecin régulateur/pédiatre du SAMU.

Les établissements de type III peuvent assurer des soins de type II mais doivent rester prioritairement le lieu d'orientation pour les situations relevant de la réanimation néonatale.

La RégulPériNAT n'interviendra que dans les demandes de transfert NON MEDICALISE, secondaires, soit un TIIH soit un transfert par ambulance seule, selon les recommandations. (5)

Liste indicative de transport infirmier inter-hospitalier

- Nouveau-né \geq 33SA et poids de naissance \geq 1500g avec +/-
 - RCIU peu sévère
 - Suspicion d'infection néonatale sans trouble respiratoire ni hémodynamique
 - Malformation sans conséquence clinique
 - Ictère intense mais bien toléré
 - Nécessitant un examen complémentaire dans un autre établissement
- Nouveau-né déjà hospitalisé en réanimation (type III) et contre-transféré vers un centre de type II pour rapprochement du domicile

Liste indicative de transport ambulancier sans présence paramédicale

- Nouveau-né à terme et de poids de naissance \geq 2300g, stable sans problème de régulation thermique
- +/- nécessitant un examen complémentaire semi-urgent dans un autre établissement
- +/- retournant auprès de leur mère dans la maternité d'origine après un séjour en néonatalogie

2. Appel

Pour toute demande de transfert médicalisé, le médecin responsable appelle le SAMU-Centre 15.

Pour les demandes de transfert NON MEDICALISE, le pédiatre responsable appelle la **RégulPériNAT** au **05 56 00 99 59**, durant les heures d'ouvertures. Il reste le seul responsable de son patient jusqu'au départ de celui-ci et peut avoir anticipé la recherche d'une place en ayant contacté par avance le pédiatre receveur.

L'appel peut être effectué par l'obstétricien de garde, une sage-femme, une puéricultrice ou l'anesthésiste de garde, sous couvert du pédiatre s'il est occupé aux soins du nouveau-né ou en l'absence de celui-ci.

- Le pédiatre adresseur :
 - **informe la mère** et le conjoint du transfert du nouveau-né, leur remet la **fiche d'information**
 - **prépare le dossier de transfert néonatal** contenant les éléments médicaux et administratifs nécessaires à la poursuite de la prise en charge du nouveau-né et **recueille le consentement des parents** par signature sur la page de garde.
 - remplit et fait suivre le **carnet de santé** de l'enfant
 - fait suivre une **copie des examens complémentaires** effectués
 - fait suivre une **copie de la fiche des soins administrés** à l'enfant
 - prépare un **bon de transport** pour les transferts avec compagnie privées
 - **envoie la page 1 du dossier transfert néonatal** à des fins de suivi épidémiologique :
 - par fax au **05 56 00 99 57**
 - par mail à **regulperinat@na.mssante.fr**

*Une check-list adjointe au **dossier de transfert néonatal** permet de s'assurer de la complétude des éléments à fournir.*

- La RégulPériNAt :
 - **recueille les éléments du dossier** essentiels au transfert
 - **aide à trouver la place la plus adaptée**, grâce à sa connaissance de l'état des lieux des lits d'hospitalisation au niveau régional via la plateforme du ROR
 - prend **contact avec le pédiatre de l'établissement receveur** pour accord du transfert. Une **conférence téléphonique** entre les médecins est systématiquement proposée
 - prend **contact avec la cadre du service de néonatalogie et/ou la puéricultrice référente** faire des transmissions ciblées
 - prend **contact avec une puéricultrice de transport** dans le cadre d'un TIIH

En cas de fermeture ou d'indisponibilité de RégulPériNAt, **le médecin adresseur doit contacter directement le médecin receveur et organiser lui-même le moyen de transport +/- aidé par le SAMU-Centre 15**

Une **fiche d'Événement Indésirable** doit être remplie sur la plateforme du ROR en cas d'indisponibilité de la RégulPériNAt sur ses horaires d'ouverture

3. Transport

Un fois la place trouvée, l'accord de transfert validé par les médecins adresseur et receveur, et les transmissions faites à la puéricultrice de néonatalogie, celui-ci peut être organisé.

Le pédiatre du SMUR peut être sollicité par la RégulPériNAt afin de discuter du mode de transport si besoin.

Une demande de transport faite à la RégulPériNAt peut être transmise au SAMU pour prise en charge médicalisée selon les indications et l'état du patient.

La RégulPériNAt **recherche les moyens disponibles** au transport, selon les recommandations et **informe** le pédiatre adresseur du déroulement de l'organisation et des délais d'arrivée des moyens de transport. (4-5-6)

Les TIIH sont adaptés lorsque le nouveau-né ne présente pas de détresse vitale ou dont le pronostic fonctionnel n'est pas menacé mais nécessite soit une surveillance particulière, soit la poursuite d'un traitement en cours, soit la réalisation d'examen complémentaire. Il doit être accompagné d'un personnel infirmier selon le Décret n°2002-194 du 11 février 2002 (7). Une infirmière puéricultrice est alors en charge du transport et doit avoir une expérience en réanimation néonatale ou urgence pédiatrique d'au moins 1 an ainsi qu'une formation au transport pédiatrique. (5)

L'infirmière puéricultrice peut avoir du temps dédié au transport néonatal ou être détachée d'une unité de néonatalogie à titre exceptionnel.

Dans le cas d'un TIIH, la RégulPériNAt prend contact avec une puéricultrice de transport pour vérifier sa disponibilité et lui faire les transmissions sur le patient et l'organisation de son transfert.

Il est important de noter que Le RPNA ne bénéficie pas de poste de puéricultrice de transport pour la Nouvelle Aquitaine, à charge aux établissements de faire les démarches pour bénéficier de temps dédié de puéricultrice de transport permettant les TIIH.

La commande de l'ambulance se fait selon le protocole de l'établissement envoyeur si celui-ci possède un « contrat 80 » avec une/des compagnie(s) et une plateforme d'appel dédiée (8). Sinon La RégulPériNAt se charge de trouver une ambulance privée disponible et habilitée.

Les ambulanciers prenant en charge un TIIH doivent être titulaires du certificat de capacité d'ambulancier et si possible avoir reçu une formation complémentaire au transport pédiatrique. Le matériel nécessaire pour ce type de transfert est décrit dans la circulaire de 2005, ainsi que le cahier des charges. (5)

Un contre-transfert néonatal pour suite de la prise en charge peut être organisé et planifié en avance avec une date de départ effectif défini en fonction des places disponibles, ce qui peut être différent du jour d'appel.

Un *dossier de contre-transfert néonatal* est en cours de construction afin de compléter les éléments par le parcours dans le service de néonatalogie/réanimation néonatale dans lequel le nouveau-né a été pris en charge.

Celui-ci peut être médicalisé avec un médecin du SMUR, dont l'organisation peut être confiée à la RégulPériNAt.

Dans le cas d'un contre-transfert néonatal, après un séjour en unité de néonatalogie, il faut s'assurer de faire suivre le lait maternel conservé éventuellement par le service ou le Lactarium régional. Celui-ci peut être confié à la puéricultrice de transport accompagnatrice.

Au départ du nouveau-né, le pédiatre adresseur s'assure de sa stabilité clinique afin de confirmer la faisabilité du transport.

Dans le cas d'un TIIH, la puéricultrice communique à la RégulPériNAt les données cliniques de l'enfant au départ.

Tout transport **non effectué selon les recommandations**, par manque de moyen disponible ou de place dans une maternité de type adapté par exemple, peut faire l'objet d'une **fiche d'évènement indésirable**

4. Suivi du transport

La RégulPériNAt transmet à la puéricultrice de l'établissement receveur les éléments médicaux du nouveau-né et suit le bon déroulement du transport.

L'équipe paramédicale effectuant le transport doit être dotée de moyens de communication lui permettant d'être en lien avec la RégulPériNAt et le SAMU. Une procédure en cas de problème pendant le transport est travaillée par la commission « Transfert », faisant référer au médecin du SAMU.

La première page est récupérée par la RégulPériNAt, par fax ou mail, afin de compléter la base de données.

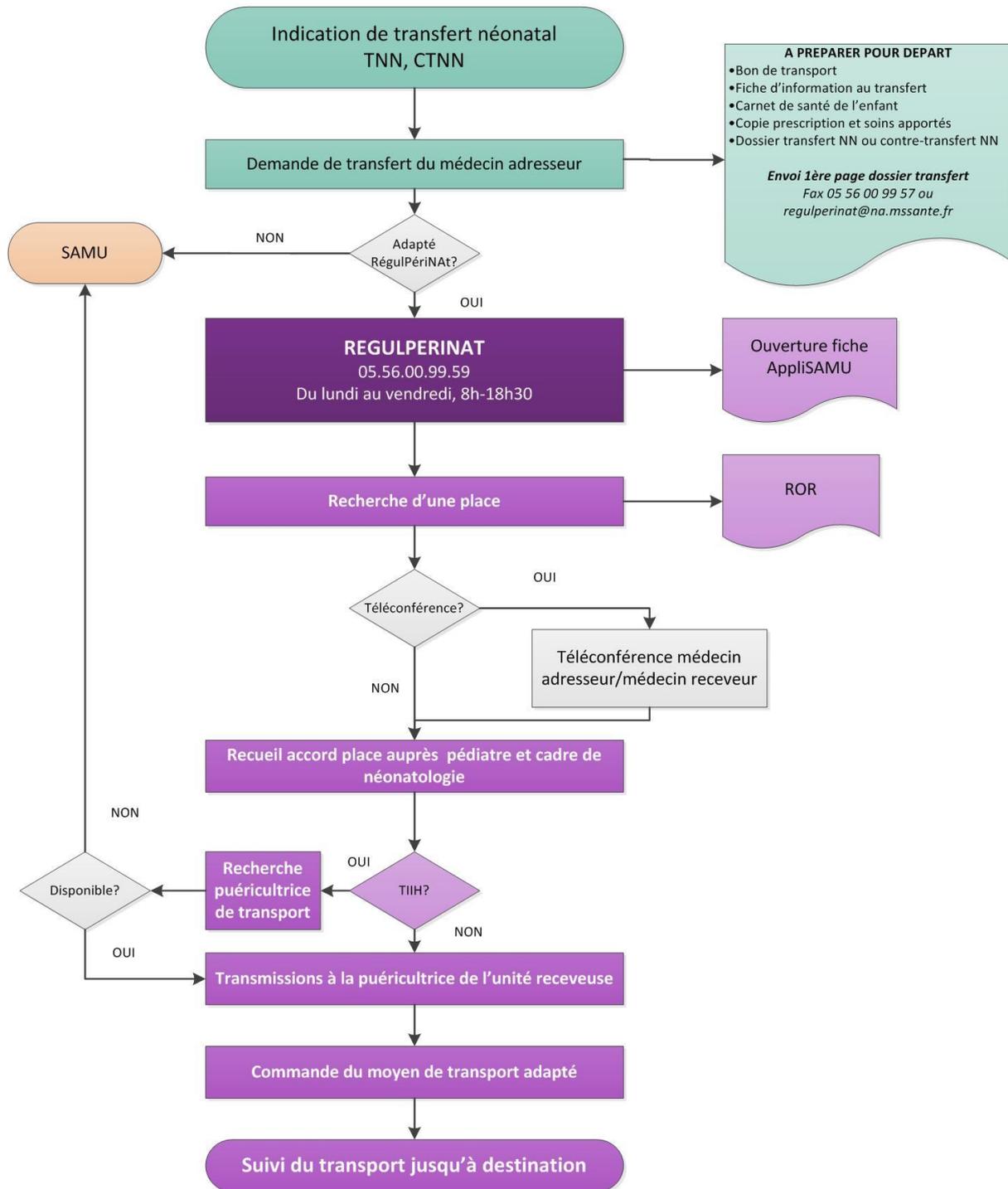
Dans un deuxième temps, un rapprochement mère-enfant peut être organisé.

- **CAS PARTICULIER D'UN TRANSPORT PEDIATRIQUE**

La RégulPériNAt peut être sollicitée pour un transport pédiatrique d'un enfant de plus de 28 jours de moins de 15 ans et 3 mois. Il s'agit de TIIH d'enfant ayant une pathologie chronique et nécessitant une hospitalisation/réalisation d'examen complémentaire dans un service spécialisé, parfois hors région.

Ces demandes sont généralement organisées par les services adresseurs et la RégulPériNAt n'a alors qu'un rôle de régulation et de suivi du transport.

ORGANISATION D'UN TRANSFERT NEONATAL NON MEDICALISE AUX HORAIRES D'OUVERTURE DE LA REGULPERINAT



SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE

Le suivi épidémiologique des transferts périnataux est une donnée importante à colliger au niveau régional.

La cellule de régulation incrémente une base de donnée à chaque transfert périnatal effectué et ce, même si elle ne l'a pas régulé.

Cette base reprend la date et heure de la demande, les données administratives du patient, les établissements envoyeur/receveur, l'indication du transfert, les modalités de celui-ci...

Ceci pour permettre une analyse rétrospective des transferts périnataux régionaux, une analyse statistique et un bilan d'activité.

En effet, **tout transfert devrait être déclaré à la cellule** même si son organisation a été faite directement entre professionnels ou via le SAMU. Ceci dans un souci d'exhaustivité des données et d'analyse possible.

Pour tout transfert périnatal, le médecin adresseur doit **envoyer la page 1 du dossier transfert à la RégulPériNAt**

par **fax au 05 56 00 99 57**

ou **mail regulperinat@na.mssante.fr**

même si celle-ci n'est pas intervenue dans son organisation, ceci à visée de **recueil épidémiologique**

SUIVI ET EVALUATION

La stratégie de suivi permettra d'ajuster le projet aux besoins des professionnels de terrain et des sages-femmes régulatrices.

Tout professionnel peut **déclarer un évènement indésirable** concernant un transfert périnatal, via le formulaire du ROR prévu à cet effet. La fiche d'évènement indésirable sera automatiquement transmise à la coordination du RPNA.

Tout évènement médical ou organisationnel peut faire l'objet d'une déclaration : problème médical pendant le transport, manque de moyen matériel ou humain pour appliquer les recommandations quant aux modalités de transport (absence de temps de puéricultrice de transport ou indisponibilité d'ambulance agréée par exemple). Ceci afin de **transmettre aux instances les difficultés territoriales dans l'organisation des transferts périnataux et améliorer les pratiques.**

Des réunions mensuelles entre les sages-femmes régulatrices, la coordination du RPNA et les référents de la commission transfert permettront d'échanger sur les transferts effectués, les statistiques d'activité et les problématiques éventuelles. Les fiches d'évènements indésirables transmises seront étudiées lors de ces échanges.

Le mail sécurisé spécifique regulperinat@na.mssante.fr ou celui de la coordination du RPNA peuvent servir également pour échanger sur les difficultés rencontrées.

Des réunions trimestrielles avec la direction du CHU de Bordeaux et l'ARS seront l'occasion de faire remonter des éléments visant à ajuster le projet et à l'améliorer.

Des Retours d'Expérience (Rex) pourront être organisées pour les situations complexes.

Le groupe de travail de la commission « Transfert » sera également en charge de discuter d'ajustements possibles et pertinents au fonctionnement optimal de la cellule et des transferts, de réévaluer les outils proposés et l'organisation.

Un groupe de travail a été coordonné au sein de l'ARS avec les SAMU afin de réfléchir aux modalités des transports médicalisés périnataux. Un travail similaire doit se faire autour des modalités des transports non médicalisés périnataux, auquel le RPNA participera.

MONTEE EN CHARGE

Suite aux réunions du CHSCT et du Comité Technique d'Evaluation du CHU de Bordeaux, plusieurs étapes de montée en charge ont été décidées avec la Direction du CHU et l'ARS.

- **ETAPE 1**

A partir de juin 2020, ouverture de la cellule RégulPériNAt **du lundi au vendredi de 8h à 18h30 sur toute la région Nouvelle-Aquitaine.**

Un bilan d'activité et retour d'expérience est attendu aux prochaines réunions institutionnelles du CHU de Bordeaux pour valider la suite de la montée en charge.

- **ETAPE 2**

Après validation de cette première étape par les instances, une **extension des horaires avec un accueil tous les jours, de 8h à 18h30** pourra être proposé dans un deuxième temps.

- **ETAPE 3**

L'objectif à terme est une **ouverture tous les jours, 24h/24**, dans des délais encore non définis.

BIBLIOGRAPHIE

1- Instruction DGOS du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

2- Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique

3- Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

4- HAS 2012 Recommandations de Bonne Pratique : Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé

5- Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports des nouveau-nés et enfants

6- Circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères

7- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation de fonctionnement ainsi que d'évaluation de réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du code de santé publique

8- Note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017