

Modalités d'organisation des transferts périnataux en région Nouvelle-Aquitaine

Avertissement : Ce document est un guide d'aide pour la prise en charge des femmes et de leur nouveau-né. Il s'agit de propositions qui pourront être, le cas échéant, adaptées par les soignants à chaque personne en fonction de la situation médicale et organisationnelle. Elles ne sont pas médicalement opposables.

Sommaire

Glossaire/ Annexes 3-4

Cartographie des établissements de naissances et SAMU en Nouvelle-Aquitaine 5

Modalités d’organisation des transferts maternels en région Nouvelle-Aquitaine 6

Introduction 7

Indication de TIU..... 8

Lieux d’accueil 8

Indications des transferts maternels.....8-9

Contre-indications au transfert maternel 9-10

Modalité d’organisation d’un transport maternel 11-13

Choix du mode de transport 14-15

Modalités d’organisation d’un transfert du Post Partum 15-16

Rapprochement mère-enfant.....16

Bibliographie et référentiels réglementaires17

Modalités d’organisation des transferts néonataux en région Nouvelle Aquitaine..... 18

Introduction19

Indications de transfert et lieux d’accueil..... 20-21

Contre-indications au transfert22

Choix du mode de transport 23-26

Modalités d’organisation d’un transfert néonatal 27-28

Mise en condition du nouveau-né29

Bibliographie et référentiels règlementaires30

Liste des auteurs par établissements 31

Glossaire des sigles utilisés

AG	Age Gestationnel
ARCF	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France
CTM	Contre Transfert Maternel
EPF	Estimation de Poids Fœtal
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
HAS	Haute Autorité de Santé
HELLP	Hemolysis Elevated Liver enzyme Low Platelets
HPPI	Hémorragie du Post-Partum Immédiat
HRP	Hématome Rétro Placentaire
INBP	(suspicion) d'Infection Néonatale Bactérienne Précoce
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
NN	Nouveau-Né
PAG	Petit (Poids) pour Age Gestationnel
PE	Pré-Eclampsie
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
REM	Rapprochement Enfant Mère
RMM	Revue de Morbi Mortalité
RPNA	Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
RME	Rapprochement Mère Enfant
TIIH	Transport Infirmier Inter Hospitalier
TIU	Transfert In Utero
TNN	Transfert Néo Natal
TPP	Transfert du Post-Partum
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFMU	Société Française de Medecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Acteurs de la périnatalité

Obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, sages-femmes coordinatrices, sages-femmes, infirmières, des maternités de la région Nouvelle Aquitaine,
 Puéricultrices et infirmières de néonatalogie, de soins intensifs, et de réanimation pédiatrique de la région Nouvelle-Aquitaine,
 Urgentistes des SAMU et SMUR de la région Nouvelle Aquitaine,
 Le Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine

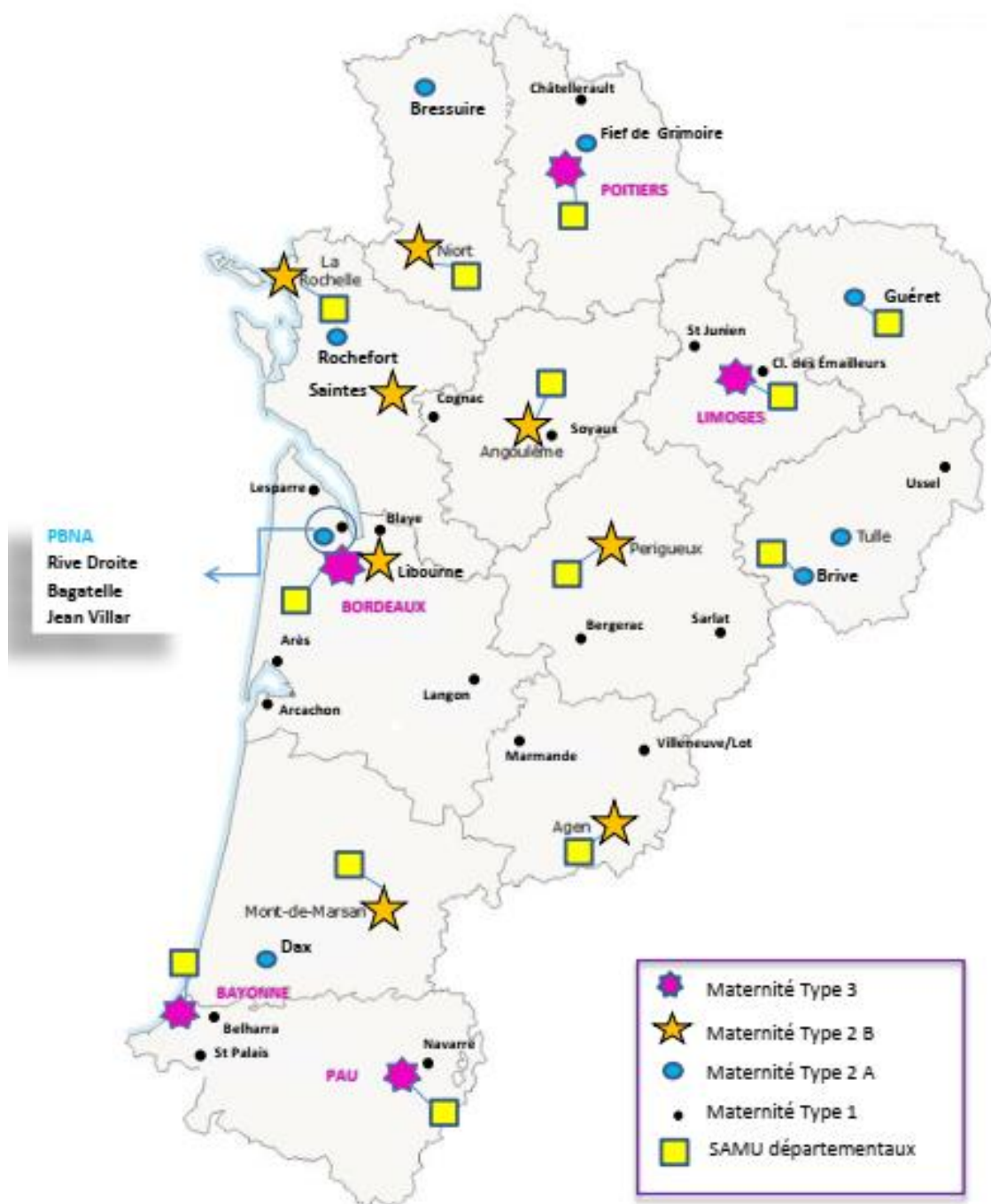
Documents de transferts harmonisés

La commission de travail autour des transferts périnataux a mis au point des documents d'aide à la pratique harmonisés :

- **Dossiers de transferts maternel et néonataux et dossier de contre transfert néonatal** à télécharger, versions disponibles en pdf et pdf modifiable et existant en version word sur demande pour intégration dans un dossier informatisé
- **Logigrammes de transfert**
- **Plaquette d'information des patientes** pour expliquer le travail en réseau des maternités du territoire et de la possibilité d'un transfert

A retrouver sur la page dédiée du site internet :

[transfert-perinataux-outils-aide-pratique - RPNA - Reseau Perinat Nouvelle-Aquitaine : RPNA – Reseau Perinat Nouvelle-Aquitaine](#)



CARTE DES ETABLISSEMENTS DE NAISSANCE ET SAMU EN NOUVELLE-AQUITAINE

Modalités d'organisation des transferts maternels en région Nouvelle-Aquitaine

Introduction

Le transfert in utero (TIU) est le transfert d'une femme enceinte, d'une maternité vers une autre dont le type de soins est adapté à la pathologie et à l'âge gestationnel. L'objectif des TIU est d'assurer une prise en charge coordonnée et graduée des femmes enceintes et de leur(s) fœtus, par la collaboration entre les établissements de santé de la Nouvelle Aquitaine.

L'organisation des transferts périnataux, en anticipant au mieux les TIU, permet de minimiser le risque de naissance dans une maternité de type inadapté au terme de naissance de l'enfant et de limiter certains risques liés au transfert post-natal.

La liste des indications de transferts est donnée à titre informatif: ainsi, la mise en relation des équipes est indispensable pour un dialogue entre professionnels de la périnatalité.

La cellule RégulPériNAt peut organiser une conférence téléphonique entre les professionnels référents concernés avant le transfert, tous les jours entre 8h et 18h00.

En dehors des horaires d'ouverture de la RégulPériNAt, les contacts entre professionnels se font directement ou par l'intermédiaire du SAMU départemental.

L'information de la femme enceinte nécessitant un transfert en urgence est indispensable et il est recommandé d'obtenir son consentement éclairé comme pour tout acte de soin.

Indications de Transfert et Lieux d'Accueil (en fonction du type de soins adaptés)

L'indication de transfert doit être une décision médicale relevant d'un accord entre le médecin demandeur présent auprès de la patiente et le médecin receveur.

Il peut être organisé pour motif maternel ou fœtal.
Les critères de transfert dépendent de l'Age Gestationnel et du poids fœtal estimé, ainsi que de la présence de pathologie(s) ou de facteur(s) surajouté(s).

Ces critères peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité.

➤ Lieux d'Accueil (cf carte page 5)

TYPE DE MATERNITE	Critères usuels de prise en charge
Type 1	AG ≥ 36 SA et EPF ≥ 2000g
Type 2A	AG ≥ 34 SA et EPF ≥ 1700g (≥ 33 SA et ≥ 1500g selon avis pédiatrique)
Type 2B	AG ≥ 32 SA jours et EPF ≥ 1500g (≥ 31 SA et ≥ 1200g selon avis pédiatrique)
Type 3	AG < 32 SA ou EPF < 1500g. A partir de 23 - 24 SA
	*AG : âge gestationnel *EPF : estimation de poids fœtal

➤ Indications des transferts maternels

- **Indications relevant d'un type III quel que soit le terme**

Les grossesses pour lesquelles une prise en charge du nouveau-né est à mettre en place, dès la naissance, par des équipes spécialisées (réanimation, chirurgie) qui se trouvent dans les centres hospitalo-universitaires ou centres hospitaliers de recours des territoires

- Les grossesses gémellaires compliquées d'un syndrome transfuseur transfusé.
- Les malformations fœtales avec nécessité de prise en charge en médecine fœtale interventionnelle pendant la grossesse ou immédiate pédiatrique à la naissance (selon avis du CPDPN).
- Anasarque fœtal, allo immunisation foeto maternelle active.

- Les grossesses triples, Dans certains cas, une naissance peut être envisagée dans une maternité de type IIB en fonction de la chorionicité, du terme, du poids fœtal estimé et du nombre de pédiatres disponibles sur le site.

- **Indications fréquentes de transfert in utéro**

Indications maternelles de TIU
MAP avérée (modifications cervicales et contractions utérines) avant 36SA
RPM avec ou sans MAP avant 36 SA
Pré-éclampsie selon la gravité
Placenta prævia ou accreta suspecté avec hémorragie modérée non active et hémodynamique stable
Pathologie maternelle non obstétricale nécessitant une prise en charge spécialisée
Indications post partum
Pathologies maternelles nécessitant un plateau technique adapté

Indications fœtales
RCIU sans ARCF
Pathologie fœtale justifiant une prise en charge en urgence

- **Contre-indications au TIU**

Si le transport représente un risque immédiat de morbidité ou de mortalité pour la mère ou l'enfant, il est contre-indiqué (possibilité de solliciter le SMUR néonatal pour assistance rapide – transfert post natal).

Les contre-indications (CI) générales à un TIU dans l'urgence :

Pathologie maternelle et/ou fœtale **instable** avec instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle ET/OU nécessitant une extraction fœtale sans délai.

Ne sont pas concernés par un TIU :

Une pathologie maternelle et/ou fœtale justifiant d'une simple orientation pour demande d'avis, ou poursuite du suivi dans un environnement adapté (autre spécialité, plateau technique spécifique pour la(les) pathologie(s) concernée(s).

Contre-indications maternelles

- patiente à haut risque d'accouchement en cours de transport
- HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée avec une pathologie comportant un risque de décompensation maternelle en cours de transport (hématome sous-capsulaire hépatique, éclampsie, œdème aigu pulmonaire)
- instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle
- hémorragie active quelle que soit l'origine
- Coagulopathie sévère y compris le HELLP syndrome sévère

L'extraction immédiate de l'enfant est recommandée si elle est susceptible d'améliorer un pronostic maternel gravissime avant un transfert maternel éventuel pour une prise en charge spécialisée

Contre-indications fœtales

- anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction imminente
- suspicion d'hématome rétro-placentaire
- rupture de vasa prævia (hémorragie de Benckiser)

Situations à risque justifiant d'une discussion au cas par cas avec intervention du médecin régulateur

- MAP à dilatation avancée (>4 cm), tenir compte de :
- Cinétique de dilatation sous tocolyse
- Tolérance fœtale
- Nature de l'établissement demandeur
- Délai d'intervention et durée du transport

Organisation d'un Transport Maternel

➤ Transport ascendant

- Transport de type I, IIA et IIB vers type III :
Ce peut être
 - Transport médicalisé
 - Transport non médicalisé

- Transport de type I vers IIA ou Transport de type I et IIA vers IIB :
Ce peut être
 - Transport médicalisé
 - Transport non médicalisé

➤ Transport descendant (Contre-transfert Maternel/ CTM)

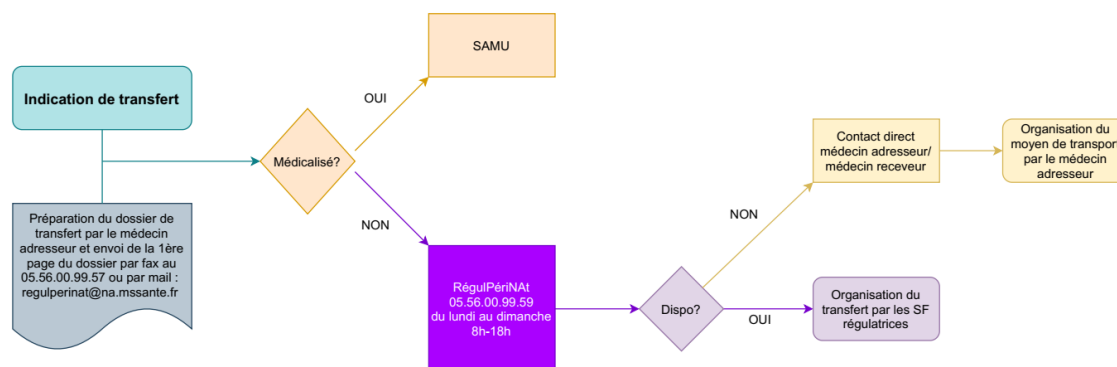
Le plus souvent, patiente hospitalisée en type III et transférée pour rapprochement du lieu d'habitation dès que son état est en accord avec les capacités d'accueil de la maternité IIB ou IIA la plus proche du domicile.

La régulation et l'organisation des transports maternels **médicalisés** est faite par les **SAMU-centre 15**.

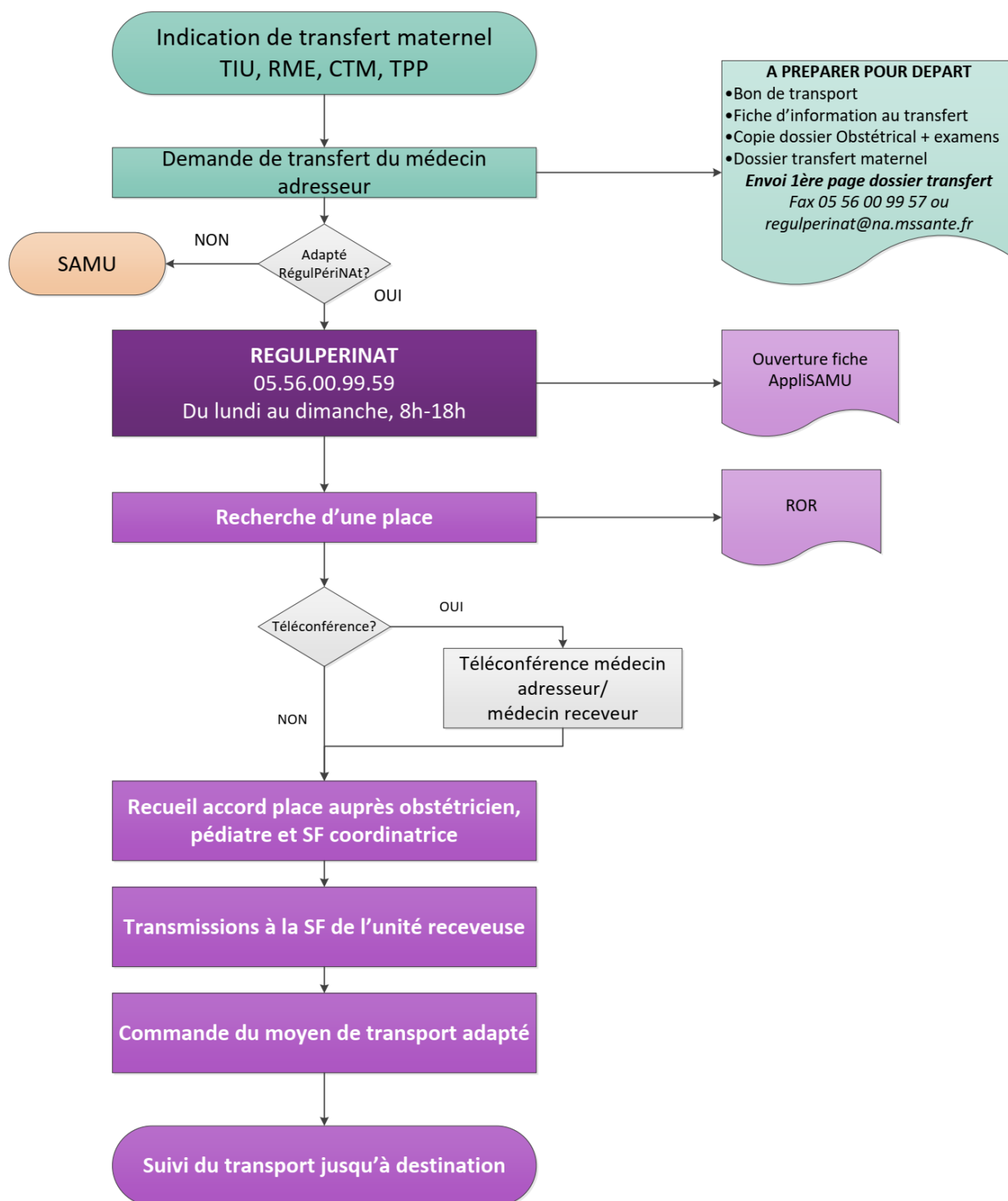
La régulation et l'organisation des transports maternels **non médicalisés** peut être faite par la cellule **RégulPériNAt**, tous les jours de 8h à 18h mais aussi **directement entre les professionnels ou par le SAMU Centre 15**, notamment en dehors des horaires d'ouverture de la cellule.



ORGANISATION D'UN TRANSFERT PERINATAL



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



Préparation d'un transfert maternel

➤ Que devez-vous préparer ?

Pour le bon déroulement du transfert, après information de la patiente et remise de la fiche explicative, merci de :

- Préparer le **Dossier de transfert maternel** du RPNA contenant tous les éléments médicaux et paramédicaux nécessaires pour la poursuite d'une prise en charge de qualité
- Préparer le **bon de transport** pour les transferts avec des compagnies privées
- Faire suivre les **examens complémentaires** effectués
- Faire suivre la **fiche des soins** administrés durant les dernières 24 heures
- **Faxer ou envoyer par mail la page 1 du dossier transfert** pour l'évaluation et la traçabilité du transport et du dossier.
05 56 00 99 57 / regulperinat@na.mssante.fr (messagerie sécurisée)

➤ Recommandations en attente du transfert

Pour le bon déroulement de la demande de transfert, et de la prise en charge de la patiente, il convient de :

- Faire un bilan clinique pour faire des transmissions précises.
- Poursuivre une surveillance clinique, pratiquer les examens complémentaires nécessaires et administrer les traitements adaptés pendant le délai d'intervention des moyens
- Mettre en condition la patiente avant transfert (voie veineuse en place et à adapter à la nature du transfert)
- Vérifier si le traitement en cours est suffisant pour la durée du transport
- Plus précisément, réévaluation des conditions cliniques juste avant le transport : pour le travail prématuré/la MAP avérée, conditions cervicales ; pour la PE, TA et signes de gravité ; pour tous analyse RCF récent. Si la situation a évolué depuis la décision de transfert la pertinence de ce dernier doit être réévaluée avec l'équipe qui recevra la patiente, voire annuler en cas d'apparition de signes de gravité contre indiquant le transfert ;...
-

Choix du Mode de Transport

Liste non exhaustive et devant tenir compte des ressources locales et des habitudes territoriales

➤ Transport médicalisé

Transport réalisé par le SMUR en médicalisé (article R. 6123-10 du code de la santé publique, cf. annexe 4) ou en TIIH (prévu à l'article Article 6 du décret n°2002-194 du 11 février 2002).

L'indication d'un transfert médicalisé relève du médecin régulateur du SAMU.

- **Situations relevant d'un transport médicalisé :**
 - Placenta prævia ou accreta suspecté, sans saignement actif, hémodynamique stable, avec durée de transport de plus de 30min
 - PE avec anti hypertenseur IV
 - PE avec TA > 16/10 ou signes de gravité
 - HELLP syndrome à voir au cas par cas (taux plaquettes, cinétique de décroissance, symptômes, ...) car en cas de HELPP syndrome sévère, il s'agit d'une CI à un transfert
 - HPP pour embolisation après stabilisation de l'état hémodynamique et sans saignement actif
 - MAP Grossesse multiple sous antagoniste de l'ocytocine*
 - MAP Grossesse singleton sous antagoniste de l'ocytocine*

- **Situations relevant d'un TIIH :**
lorsque disponible sur le territoire
 - Placenta prævia ou accreta suspecté, sans saignement actif, avec durée de transport de moins de 30min
 - MAP grossesse multiple sous antagoniste de l'ocytocine*
 - MAP Grossesse singleton sous antagoniste de l'ocytocine*

➤ Transport Sanitaire Ambulancier

Ils concernent les transports de personnes dont l'état est jugé stabilisé par le médecin et n'encourant à priori pas de risques de complications pendant le transport.

Situations relevant d'un transport ambulancier :

Toutes les situations ne relevant pas d'un transport médicalisé.

- MAP grossesse singleton sous antagoniste de l'ocytocine*
- RCIU avec RCF normal
- PE sans traitement anti hypertenseur IV et sans signe fonctionnel
- RPM isolée

*** Concernant la MAP, décision au cas par cas selon le terme, les facteurs pronostics (importance des modifications cervicales, ...), la durée du transport et les moyens disponibles**

Modalités d'Organisation d'un Transfert du Post-Partum

Complications maternelles du post-partum nécessitant des soins non disponibles dans la maternité d'origine, patiente stabilisée et mise en condition

- **Qui appelle ?**

L'obstétricien et l'anesthésiste de permanence des soins de l'établissement, où se trouve la patiente, présents pour poser l'indication de transfert en se référant aux modalités régionales d'organisation des transferts.

- **Qui est appelé ?**

- L'anesthésiste de garde du service de réanimation ou de soins intensifs receveur

ET

- L'obstétricien de garde

ET

- Autre spécialiste concerné selon la nature des besoins (ex : radiologue interventionnelle)

→ La régulation du transfert passe par le **médecin régulateur du Samu départemental** : l'accord du service receveur doit être obtenu avant l'appel du SAMU, avec le nom du médecin receveur

→ Les modalités de médicalisation seront déterminées avec le médecin du Samu

La RégulPériNAt n'intervient pas dans la régulation de ces transferts mais sera utile dans l'organisation du contre-transfert de ces patientes et pour l'organisation du rapprochement éventuel des nouveau-nés.
Il faut informer la cellule de ces transferts.

- **Cas particulier du TPP pour difficultés organisationnelles**

Une demande peut être faite pour une patiente ayant déjà accouché et ne présentant pas de pathologie particulière, et devant être transférée vers un autre établissement pour difficulté organisationnelle (manque de place en maternité d'origine). Le transfert peut se faire après accord des obstétriciens envoyeurs receveur, et en ambulance simple.

L'enfant devra également être transféré après de sa mère, après accord des pédiatres envoyeur et receveur (voir **REM** p30).

Rapprochement mère enfant (RME)

L'enfant est transféré après la naissance pour raisons médicales sur un autre établissement (DR, prématurité ...), la mère restant dans la maternité d'origine. La demande de **RME** peut être alors demandée, après s'être assuré que l'état de santé de l'enfant nécessite une hospitalisation prolongée dans l'établissement receveur.

- La cellule RegulPerinat ou l'équipe demandeuse s'assure au préalable de la disponibilité d'accueil de l'établissement receveur.
- Accord obstétriciens envoyeur et receveur, et anesthésiste envoyeur si césarienne
- Transport ne devant pas être réalisé dans les 2 heures qui suivent la naissance et critères de sortie de SSPI devant être respectés après césarienne. Pas de RME à moins de 4h après AVB, et 6h après césarienne si récupération bloc moteur (évaluation SSPI)
- Laisser en place la sonde vésicale pour transport
- Mise en condition adaptée à la situation maternelle.

Bibliographie et référentiels réglementaires

- 1- Circulaire DHOS/01 n° 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux interhospitaliers des mères.
- 2- « Plan périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité (10 novembre 2004)
- 3- FFRSP : textes de référence
- 4- Menthonnex E, Menthonnex P. Transferts in utero médicalisés. Critères décisionnels en régulation médicale et modalités de prise en charge des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).
- 5- CNGOF Recommandations pour la pratique clinique.
- 6- Recommandations HAS 2009. L'orientation entre les maternités des femmes enceintes ayant un risque avéré de complication de leur grossesse.
- 7- HAS /Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique du 20 avril 2010.
- 8- Recommandations de bonne pratique HAS novembre 2012. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé.
- 9- Recommandations formalisées d'experts 2010 SFMU/SFAR 03/2011
- 10- Protocoles Ex Réseau Périnatal Aquitaine

Modalités d'organisation des transferts néonataux de la région Nouvelle- Aquitaine

Introduction

Concerne tout nouveau-né dont les conditions d'accueil et de surveillance doivent être validées par le pédiatre référent de l'établissement qui assure les soins.

Toute situation de doute à propos d'une indication de transfert doit être systématiquement discutée.

La RégulPériNAt peut organiser une conférence téléphonique entre les professionnels référents concernés avant le transfert, tous les jours entre 8h et 18h.

En dehors des horaires d'ouverture de la RégulPériNAt, les contacts entre les services demandeur et receveur se font directement ou par l'intermédiaire du SAMU Centre 15.

La Nouvelle Aquitaine regroupe 42 maternités, 21 de type 1, 8 de type 2a, 8 de type 2b et 5 de type 3 selon les capacités d'accueil et de soins apportés aux nouveaux-nés.

Indications de transfert néonatal en fonction du niveau des soins apportés et des capacités de surveillance (cf carte page 5)

➤ Maternités de type 1

**Accueil des enfants :
≥36SA et Poids de naissance ≥2000g**

Indications :

Prise en charge des grossesses en l'absence de risques identifiés

➤ Maternités et Néonatalogie de type 2A

**Accueil des enfants prématurés :
≥34SA et ≥1700g**

≥33SA et ≥1500g*

* Possibilité d'accueil après accord du pédiatre receveur en l'absence de détresse respiratoire ou de nécessité de nutrition parentérale prolongée

Indications :

- Hypotrophie ou prématurité modérée selon les limites d'accueil
- Infection néonatale stabilisée
- Syndrome de sevrage symptomatique
- Surveillance particulière (traitement maternel par bêtabloquant, psychotrope...) si symptomatique.
- Difficultés d'alimentation nécessitant une alimentation sur sonde gastrique,
- Troubles métaboliques sévères et/ou persistants (hypocalcémie, hypoglycémie...) cf protocoles RPNA
- Ictère nécessitant une photothérapie intensive non disponible dans le type 1 initial
- Situations psychosociales complexes au cas par cas

➤ **Maternités et Néonatalogie de type 2B**

Accueil des enfants prématurés :

≥32SA et ≥1500g

≥31SA et ≥1200g*

* Possibilités d'accueil après accord du pédiatre sur place en fonction de la stabilité de l'enfant et de la possibilité de parentérale

Indications complémentaires à celles des 2A:

- Détresse respiratoire nécessitant oxygène nasal, lunettes à haut débit, CPAP/PEEP nasal ou VNI avec FiO₂<30%.
- Syndromes apnéiques de courte durée
- Convulsions sans Etat de mal épileptique.
- Troubles digestifs nécessitant une nutrition parentérale continue par cathéter central.

➤ **Maternité, Néonatalogie et Réanimation néonatale de type 3**

Accueil des enfants prématurés :

< 32SA ou < 1500g

Indications complémentaires à celles des 2B :

- Tout enfant relevant d'une prise en charge réanimatoire :
- Défaillances cardio-vasculaires néonatales.
- Cardiopathie congénitale grave nécessitant une surveillance étroite.
- Détresse respiratoire néonatale nécessitant une ventilation invasive.
- Syndromes apnéiques graves.
- Encéphalopathie anoxo-ischémique modérée à sévère nécessitant la mise sous hypothermie.
- Convulsions néonatales avec état de mal épileptique.
- Syndromes hémorragiques.
- Infections néonatales sévères.
- Syndromes polymalformatifs sévères
- Urgence chirurgicale

Les établissements de type 3 peuvent également assurer des soins de type 2a et 2b mais doivent rester prioritairement le lieu d'orientation des missions de type 3.

Toute indication de transfert doit être discutée au cas par cas entre le pédiatre en charge de l'enfant et le pédiatre réanimateur de type 3.

Contre-indication au Transfert

Les transferts néonataux ne présentent pas de contre-indication *stricto sensu*.

Situations particulières

➤ Situation palliative ou aux limites de viabilité

Cette décision doit être prise conjointement entre le pédiatre demandeur, le pédiatre réanimateur référent et la régulation du SAMU (médecin régulateur et/ou pédiatre du SMUR) et consignée dans le dossier. Ce dernier cas ne dispense pas de l'intervention d'une équipe SMUR.

➤ Non stabilisation d'une fonction vitale

Ce dernier cas nécessite l'intervention d'une équipe SMUR susceptible d'apporter un renfort de compétence et apte à effectuer le transfert sans délai, dès que l'état de l'enfant le permet.

Choix du Mode de Transport

Ce que disent les textes réglementaires :

➤ Liste indicative des transferts relevant plus particulièrement d'un transport médicalisé

- Nouveau-nés provenant de maternité ne pouvant bénéficier sur place d'une surveillance et de soins de réanimation de type 3.
- Nouveau-nés dont l'âge < 33SA et/ou poids < 1500g (hors contre-transfert).
- Et/ou nouveau-nés présentant :
 - Une détresse respiratoire quelle que soit son origine ou sa gravité initiale
 - Pausés respiratoires et/ou bradycardies récidivantes
 - Insuffisance circulatoire ou troubles du rythme cardiaque
 - Troubles cérébraux : convulsions, hypotonie sévère, hémorragie cérébrale
 - Etat infectieux avec retentissement général
 - Troubles hémodynamiques : anémie sévère, choc hémorragique,
 - thrombopénie sévère
 - Maladie métabolique sévère
 - Malformations congénitales graves avec risque vital : cardiopathies, atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique, syndrome de Pierre Robin, atrésie des choanes) ou nécessitant une chirurgie spécialisée (omphalocèle, laparoschisis)
- Nouveau-nés dont le transfert doit se réaliser avec :
 - Une dépendance à un soutien ventilatoire (ventilation mécanique invasive ou non)
 - Une durée de transport prolongée entraînant un risque de complication grave

Le SMUR pédiatrique qui intervient est celui qui a le délai le plus court pour arriver auprès de l'enfant, quelle que soit la destination



CRITÈRES GÉOGRAPHIQUES

Collaboration inter-SMUR pédiatriques :

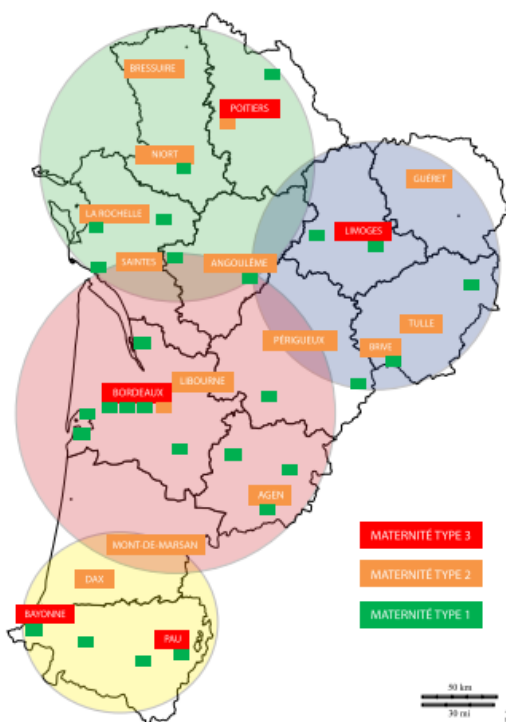
- Le SMUR pédiatrique qui intervient est celui qui a le délai le plus court pour arriver auprès de l'enfant (intérieur des cercles), quelle que soit la destination.
- A délai comparable (chevauchement des cercles), le SMUR pédiatrique qui intervient est celui attaché à la réanimation de destination.

Collaboration SMUR pédiatrique / SMUR adulte :

La limite d'âge d'intervention d'un SMUR pédiatrique est définie au sein de chaque SMUR :

- Bordeaux : 0 – 12 ans (inclus),
- Limoges : 0 – 28 jours,
- Poitiers : 0 – 2 ans (inclus),
- Sud-Aquitain : 0 – 2 ans (inclus).

Au-delà de cette limite d'âge, le SMUR adulte du territoire assure le relai, selon la même cartographie des territoires. Le recours au cas par cas du SMUR pédiatrique peut être discuté.



➤ **Liste indicative des cas relevant plus particulièrement d'un transport pédiatrique infirmier inter hospitalier (TIIH)**

Les TIIH sont préconisés lorsque le nouveau-né ne présente pas de détresse vitale, ou dont le pronostic fonctionnel n'est pas gravement menacé mais nécessite soit une surveillance particulière, soit la poursuite d'un traitement en cours, soit la réalisation d'examen complémentaires.

- **Nouveau-nés d'âge gestationnel \geq à 33 SA et de poids de naissance $>$ à 1500g**, le plus souvent transférés en incubateur, et présentant :
 - Un RCIU peu sévère ($<$ 2300g)
 - Une suspicion d'infection materno-fœtale sans troubles respiratoires ou hémodynamiques
 - Une malformation sans conséquence clinique
 - Un ictère intense mais bien toléré
 - ou nécessitant un examen complémentaire dans un autre site d'hospitalisation
 - Une hypoglycémie stabilisée par VVP ou KTVO

- **Nouveau-nés déjà hospitalisés en réanimation** (centres de type III) et transférés une fois la phase aiguë dans un centre de type 2B ou 2A :
 - ➔ pour rapprochement familial dans le cadre des réseaux périnataux, même si le nouveau-né est encore de petit poids (entre $>$ 1200g et $<$ 1500g) ou si l'âge gestationnel est inférieur à 33 SA avec un cathéter central de nutrition parentérale, mais autonome sur le plan respiratoire ou stable avec un soutien (possibilité d'oxygénodépendance ou de soutien par lunettes)

- **Nourrissons en cours d'hospitalisation depuis la période néonatale**, ne présentant pas de détresse vitale mais ayant besoin d'une surveillance particulière au cours d'un transport ou à l'occasion de la réalisation d'un examen complémentaire dans une structure autre que celle où il est déjà hospitalisé.

➤ **Liste indicative des transferts relevant plus particulièrement d'un transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical** (ambulanciers formés avec un matériel adapté)

- Nouveau-nés présentant :
 - Un âge gestationnel > 36 SA et de poids de naissance > ou égal à 2300g, présentant un état clinique stable sans trouble respiratoire, hémodynamique, métabolique ou thermique (n'ayant donc pas besoin d'incubateur)
 - Une hypotrophie modérée
 - Un ictère non compliqué bien toléré
 - Un examen complémentaire semi urgent dans un autre site d'hospitalisation

- Nouveau-né retournant auprès de sa mère en maternité après un séjour en milieu spécialisé

- Nourrissons en cours d'hospitalisation depuis la période néonatale, sans détresse vitale ou pathologie risquant de décompenser, mais ayant besoin d'un transfert ou examen complémentaire dans une autre structure

Modalités d'Organisation d'un Transfert Néonatal

De transport

L'équipe demandeuse se doit de trouver une place pour l'enfant et doit avoir obtenu l'accord du service receveur. La sage-femme régulatrice de la RégulPériNAt pourra aider à la recherche de cette place mais n'interviendra pas dans l'organisation d'un transport médicalisé qui relève du SAMU. Possibilité de consulter le ROR également.

➤ Qui appelle ?

- Le pédiatre référent du NN
- L'obstétricien, la sage-femme ou l'anesthésiste présents à la naissance et responsables du NN en l'absence du pédiatre sur place (cas particulier de certaines maternités de type 1)

➤ Qui est appelé ?

- **Transport Médicalisé par SMUR Pédiatrique :**

Le professionnel appelle le médecin **régulateur du SAMU départemental** qui se mettra en contact avec le SAMU adéquat (voir p.29)

NB : L'accord du service receveur doit être obtenu avant l'appel et les modalités de médicalisation déterminées avec le régulateur

- **Transport Non Médicalisé (TIIH, ambulancier) pendant les heures d'ouverture de la RégulPériNAt :**

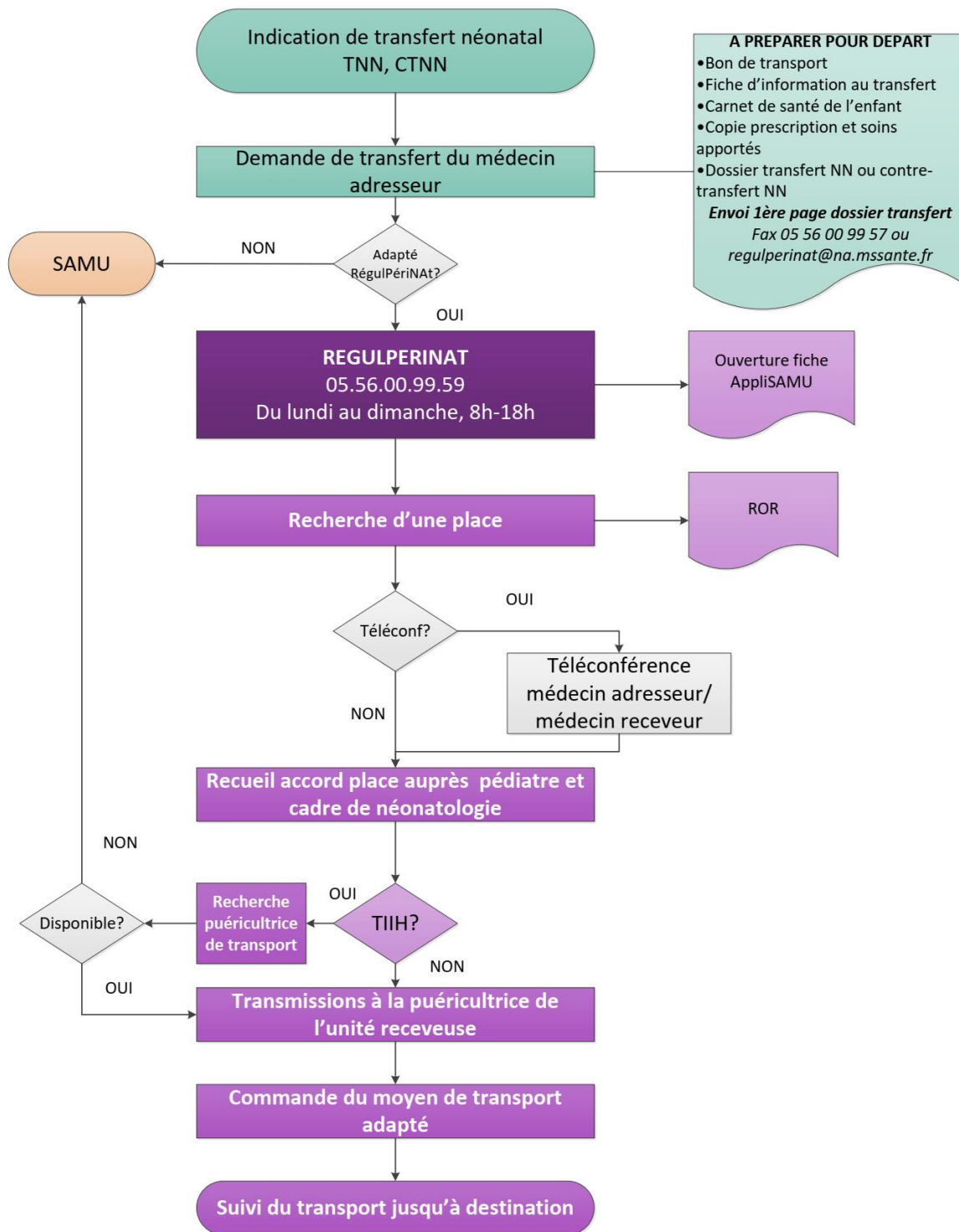
Le professionnel appelle la **sage-femme régulatrice de la RégulPériNAt**, qui :

- Donne l'état des lieux des disponibilités en lits au niveau régional (à l'aide du ROR si mis à jour)
- Met en relation avec les professionnels envoyeurs et receveurs
- Organise le transport avec les moyens adéquats
- Tient informées les équipes du déroulement de l'organisation et des délais d'arrivée des moyens de transport

- **Transport Non Médicalisé (TIIH, ambulancier) en dehors des heures d'ouverture de la RégulPériNAt :**

Vous devez trouver pour votre patient et organiser le moyen de transport (voir « choix du moyen de transport »).

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



➤ Que devez-vous faire ?

- Informer les parents du transfert
- Remplir le **Dossier de Transfert Néonatal** en faisant signer l'autorisation de transport par les parents (1ere page du dossier)
- Editer le bon de transport « article 80 » (concernant les transferts inter établissements) sauf si transport SMUR
- **Faxer ou envoyer par mail la page 1 du dossier transfert** pour l'évaluation et la traçabilité du transport et du dossier.
05 56 00 99 57 / regulperinat@na.mssante.fr (messagerie sécurisée)

Mise en condition du nouveau-né

➤ Principes Généraux

Le transfert est un temps de grande instabilité et de stress pour le nouveau-né ; de ce fait, pour le bon déroulement du transfert et de la prise en charge du nouveau-né, il convient de :

- Faire un bilan clinique pour faire des transmissions ciblées
- Mettre en place une surveillance clinique avec examens complémentaires et/ou mise en place de traitements pendant le délai d'intervention des moyens
- Mettre en condition le nouveau-né avant le transfert et après avis du régulateur (conférence téléphonique si besoin de conseils)
- Ne pas négliger les soins de développement qui peuvent participer à une meilleure stabilité de l'état de l'enfant.
- Dans la mesure du possible permettre la première rencontre entre le nouveau-né et ses parents avant son départ.
- S'assurer du rapprochement mère-enfant dès que possible (contacter la RégulPériNAt)

➤ Mise condition selon la pathologie

Cas particulier du Rapprochement enfant-mère (REM)

La mère est transférée en post-partum pour raisons médicales sur un autre établissement (HPPI, PE ...), l'enfant restant dans la maternité d'origine. La demande de REM peut être alors demandée dès lors que la phase critique est terminée, quand la mère retourne en service de SDC.

Conditions de transfert :

- L'enfant doit être examiné par le pédiatre de l'établissement envoyeur, qui autorisera le transfert
- Remplir le **dossier de transfert néonatal**, avec les dernières données (tétées, examens, régulation thermique ...) et préparer le bon de transport.
- Recueillir l'accord du pédiatre receveur et faire les transmissions (possibilité de mise en conférence des médecins)
- Faire les transmissions à la sage-femme receveuse
- 2 possibilités de **transport, après recueil accord parental** :
 - Commander une ambulance avec personnel ayant bénéficié d'une formation spécifique et/ou d'une expérience spécifique en pédiatrie. L'enfant sera alors coquillé dans l'ambulance et surveillé par l'ambulancier.
 - Commander un VSL avec siège auto adapté, type maxicosy, avec accompagnant (membre de la famille)

Bibliographie et référentiels réglementaires

- 1- Code de la Santé Publique : Article R. 6123-10, relatif aux transports sanitaires interhospitaliers médicalisés, assurés par des SMUR
- 2- Règlementation Smur : décret du 30 mai 1997 (article D712-71)
- 3- Décret du 22 mai 2006 « relatif à la médecine d'urgence » (article D.6124-13, article R.6312-28-1)
- 4- Plan périnatalité 2005-2007
- 5- Code de la Santé Publique : article 6 du Décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux transports sanitaires interhospitaliers accompagnés par un personnel infirmier
- 6- Circulaire DHOS/01 n° 2005-67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants
- 7- Conditions générales relatives au personnel faisant les TIIH, Circulaire du 7 février 2005 (DHOS/01/2005/67) Articles D.712-66 à 712-73 du code de la Santé Publique
- 8- Recommandations des Samu de France du 01/01/2004 Décret du 22 mai 2006 « relatif à la médecine d'urgence » Article D.6124-13
- 9- Document SMUR Pédiatriques en Nouvelle-Aquitaine : dans quel cas et comment déclencher leur intervention ? ARS Nouvelle-Aquitaine (novembre 2019)
- 10- Protocoles ex Réseau Périnatal Aquitaine et recommandations Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne

Liste des auteurs par établissement et membres du groupe de travail régional « transferts périnataux »

Mme Adeline Bascans, sage-femme régulatrice cellule RégulPériNAt
 Mme Sandrine Chambon, sage-femme régulatrice cellule RégulPériNAt
 Mme Sabrina Delbrel, sage-femme régulatrice cellule RégulPériNAt
 Mme Marie-Christine Delille, sage-femme régulatrice cellule RégulPériNAt
 Mme Sandrine Vaguener, sage-femme régulatrice cellule RégulPériNAt
 Dr Aurélie Brossard Violeau, gynécologue- obstétricien CHU Poitiers
 Dr Marianne Coicaud, gynécologue- obstétricien CHU de Bordeaux
 Dr Emilie Roquand Wagner, coordinatrice médicale du RPNA
 Dr Muriel Rebola, pédiatre CHU de Bordeaux et du RPNA
 Dr Antoine Bedu, pédiatre CHU de Limoges et du RPNA
 Dr Soizic Paranon, pédiatre responsable SMUR pédiatrique de Bordeaux