



# Perinat Centre

Réseau de périnatalité de la région Centre

## Réseau de Périnatalité de la région Centre Charte du Réseau

### PREAMBULE

La France est l'un des pays les plus avancés au monde, en matière de protection médicale et sociale ; des progrès très importants y ont été observés dans le domaine de la naissance. Ainsi, ces trente dernières années, la mortalité périnatale est passée de 35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 10 000 naissances.

Ces progrès résultent d'une politique volontariste d'amélioration du fonctionnement des structures et de la qualité des pratiques.

La mise en œuvre du Plan Périnatalité de 1994 a permis d'améliorer nettement le fonctionnement des maternités.

Les 2 décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 Octobre 1998 s'inscrivent dans un plan d'ensemble qui vise à améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à assurer des soins de qualité aux nouveau-nés.

Le nouveau Plan Périnatalité de 2004, vise à moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Ce plan doit permettre d'atteindre en 2008, les objectifs fixés par la loi relative à la politique de santé publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche.

Parmi les mesures prises par ces différents dispositifs, la mise en réseau des maternités, avec une hiérarchisation précise des niveaux de soins de néonatalogie est un élément essentiel.

En région Centre, le SROS a adopté, dès 1999, la périnatalité comme une priorité régionale. Le SROS III, auquel le réseau a pris une part active, renforce encore cette démarche et retient trois axes prioritaires.

1. Renforcer la qualité et la sécurité des soins. *“Garantir la sécurité et la qualité des soins par un accès à un niveau de maternité justifié par la pathologie et des transports adaptés aux besoins, en prenant en compte dans la mesure du possible, le critère de proximité”.*
2. Garantir l'accessibilité à une offre de soins adaptée. *“Assurer l'égalité des chances devant la prise en charge obstétricale, mais aussi toute femme en âge de procréer, pour toute femme justifiant d'un suivi et pour toute prise en charge d'un nouveau-né”.*

3. Assurer la continuité et la globalité de la prise en charge. *“Assurer la continuité et la globalité de la prise en charge en y intégrant : la prévention des conduites à risque, la promotion et l’accompagnement de l’allaitement maternel, la proposition de l’entretien du 4<sup>ème</sup> mois, la création d’un dossier de suivi obstétrical partagé, la bonne orientation des femmes enceintes préalablement à la naissance et la réorientation possible à tout moment de ce suivi”.*

C’est dans ce contexte, que le réseau régional de périnatalité s’est mis en place en région Centre, à partir de 1999. Afin d’être en bonne adéquation avec ces objectifs et de dynamiser son action, le réseau s’est doté d’une cellule de coordination composée :

- 1 sage-femme TP,
- 0,5 PH gynécologue-obstétricien,
- 0,5 secrétaire médicale.

Ce réseau rassemble tous les établissements publics et privés dotés de services d’obstétrique, ces services étant qualifiés par le SROS selon leur niveau de soins. Le CHRU est pôle de référence administratif et financier du réseau.

Au delà des institutions le réseau réunit les professionnels de santé :

- gynécologues-obstétriciens hospitaliers, libéraux,
- pédiatres hospitaliers, libéraux, et d’établissements médico-sociaux,
- anesthésistes hospitaliers et libéraux,
- médecins généralistes,
- médecins institutionnels (DRASS, PMI, scolaires, travail, autres...),
- médecins spécialistes (endocrinologues, cardiologues, néphrologues, autres...),
- sages-femmes d’établissements publics, privés, libérales et de PMI,
- radiologues, échographistes hospitaliers et libéraux,
- médecins biologistes,
- pharmaciens,
- nutritionnistes,
- puéricultrices, auxiliaires en établissements, en crèches,
- éducateurs spécialisés et travailleurs, sociaux, assistantes sociales,
- psychologues, pédopsychiatres,
- infirmières scolaires et libérales,
- médecins responsables de la documentation du PMSI,
- chargé de recherche,
- école de sages femmes.
- autres....

Le réseau veille à développer des partenariats avec des institutions , des associations ayant des thématiques voisines en lien avec la périnatalité dans les domaines éducatifs, judiciaires, culturels...

L’objectif principal du réseau dans le cadre de la périnatalité et de la parentalité est de délivrer aux femmes et aux nouveau-nés l’accès à des soins appropriés ainsi qu’une prise en charge optimale en facilitant les interrelations entre les acteurs de santé, organisant les procédures de transfert vers les lieux de soins les plus adaptés dans un esprit d’optimisation et d’harmonisation des pratiques.

Le réseau Périnat Centre a pour fondement une convention constitutive et une charte qui déterminent ses statuts, modalités de fonctionnement, objectifs et champs d’action.

## **DEFINITION DES ENGAGEMENTS DES PERSONNES (PHYSIQUES ET MORALES) INTERVENANT A TITRE PROFESSIONNEL OU BENEVOLE**

Les professionnels de santé qui désirent entrer dans le réseau Périnat Centre doivent être signataires de la charte du réseau.

Cette intégration au réseau se traduit par un engagement clair et sans équivoque sur l'ensemble de la charte.

L'adhésion à la charte du réseau Périnat Centre permet aux professionnels d'être membres.

Cette charte définit les règles et notamment les principes éthiques qui président au travail en réseau afin d'assurer aux usagers des soins de qualité. Elle définit des engagements des personnes physiques et morales, des institutions sanitaires et sociales, associations et réseaux, intervenants à titre professionnel ou bénévole.

Ils agissent dans leur sphère de compétence et d'attribution, en pleine indépendance professionnelle et dans le cadre de leur propre responsabilité. Il participe à la prise en charge de la cellule parentale, des parturientes et des nouveau-nés inclus dans le réseau.

Les signataires de la charte s'engagent à :

- offrir à chaque patiente les soins de qualité les mieux adaptés à son état et faire de celle-ci une actrice de sa prise en charge sanitaire,
- informer leur patiente de la nature et du fonctionnement du réseau.
- Porter à la connaissance des patientes et soumettre à leur approbation, les modalités de partage des données médicales entre les différents intervenants, lorsque ces données sont nécessaires à la prise en charge, dans le respect du secret médical.
- avoir des pratiques communes et coordonnées, en s'appuyant sur les outils, formations, protocoles, recommandations utilisés par le réseau pour assurer la cohérence et la continuité de l'accompagnement médical, psychologique, social ainsi que la prise en charge médicale,
- être partie prenante aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social,
- participer aux séances de travail, d'échange ; proposer des axes de réflexion dans le cadre des activités du réseau,
- adhérer à toutes démarches d'évaluation déterminées par le conseil de réseau, dans le but, en particulier, d'améliorer les fonctionnements, d'optimiser une démarche qualité,
- produire à cet effet des documents d'activité destinés à l'évaluation ou aux études épidémiologiques,
- intégrer les données et informations transmises par les autres acteurs du réseau afin d'assurer la coordination des intervenants et le suivi des prises en charge,
- ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotions et de publicité. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau, destiné à le faire connaître des professionnels, des usagers ou des patientes concernés dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et la concurrence entre confrère.
- installer et utiliser le système de transfert de l'information médicale selon les préconisations du réseau et notamment de produire les indicateurs « PERISTAT » conformément à la circulaire du 30 Mars 2006(DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151).
- réaliser (sauf exception documentée) les orientations et la prise en charge des patients à l'intérieur du réseau, selon les procédures définies par la graduation des niveaux de soins.

### 1. Accès et sortie des acteurs du réseau :

Le réseau Périnat Centre peut comporter différents acteurs qui partagent ses objectifs et souhaitent s'associer à son action dans le cadre de leurs missions spécifiques et dans les conditions statutaires et réglementaires qui leur sont applicables.

Il associe notamment l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité de périnatalogie, et suscite la participation des médecins libéraux généralistes et spécialistes et des sages-femmes libérales.

Peuvent adhérer au réseau :

- **Les établissements de santé** : de statut public et privé, dont l'activité concerne l'obstétrique et la périnatalité.

L'adhésion des établissements de santé au réseau requiert :

- un engagement écrit du représentant légal de l'établissement, manifesté sur un document type produit par le réseau
- une délibération du Conseil d'Administration, prise après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (ou des structures équivalentes pour les établissements privés).

(cf. liste en annexe).

- **Les professionnels de santé libéraux** : médecins généralistes et spécialistes, sages femmes ... qui participent au suivi et au traitement des femmes enceintes et des nouveau-nés.

L'adhésion des professionnels de santé libéraux requiert un engagement écrit de leur part, manifesté sur un document type produit par le réseau.

- **Les organismes institutionnels** : à compétence sanitaire ou médico-sociale, qui intègrent la périnatalité dans leur domaine d'attribution.

L'adhésion des organismes institutionnels requiert :

- un engagement écrit du représentant légal de l'organisme, manifesté sur un document type produit par le réseau.
- une délibération de l'instance gestionnaire.

- **Les réseaux de santé** : dont l'objectif concerne la périnatalité et qui ont des problématiques proches, voisines ou complémentaires.

- **Les associations** : dont l'objectif vise à optimiser la prise en charge de la naissance et de la petite enfance.

L'adhésion des associations requiert :

- un engagement écrit du président de l'association, manifesté sur un document type produit par le réseau.
- une délibération du Conseil d'Administration.

- **Les acteurs scientifiques** : de tous statuts, qui mènent une démarche de progrès, d'expertise, de recherche, d'enseignement, de formation continue... relative à la périnatalité.

L'adhésion des acteurs scientifiques requiert :

- un engagement écrit du représentant légal, manifesté sur un document type produit par le réseau.
- une délibération de l'instance gestionnaire.

L'adhésion au réseau nécessite un accord explicite du conseil de réseau.

## **2. Accès et sortie des parturientes et des nouveau-nés :**

Toute femme enceinte résidant en région Centre (départements du Cher, de l'Eure et Loir, de l'Indre, de l'Indre et Loire, du Loir et Cher et du Loiret) est incluse dans le réseau Périnatalité Centre.

La patiente est informée de l'existence du réseau, de son fonctionnement, de ses buts, ainsi que de la prise en charge coordonnée dont elle bénéficiera dans ce cadre.

Elle est par ailleurs informée, que de façon anonymisée, les données la concernant pourront être étudiées dans le cadre d'actions de formation, d'échanges de pratiques, d'évaluation et ce dans le respect de la réglementation en vigueur, notamment en matière de recherche et de gestion des fichiers informatisés.

Un document écrit d'information lui est remis et expliqué le plus tôt possible durant la grossesse.

Chaque patiente peut refuser d'être prise en charge dans ce cadre et s'en retirer à tout moment.

## **ROLE RESPECTIF DES INTERVENANTS – MODALITES DE COORDINATION ET DE PILOTAGE**

### **1. Rôle respectif des intervenants :**

Les acteurs du réseau interviennent directement dans la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés.

→ Chaque établissement, en fonction du niveau de soins périnatals auquel il émerge et tel que défini par le SROS, favorise une adéquation entre le niveau d'activité, le niveau de caractérisation des cas pris en charge et les moyens dont il dispose.

Pour cela, il applique les protocoles annexés à la présente charte.

- annexe n° 1 : organisation du diagnostic anténatal,
- annexe n° 2 : organisation des transferts in utero à partir des services de niveau I,
- annexe n° 3 : organisation des transferts in utero à partir des établissements de niveau II,
- annexe n° 4 : modalités des transferts in utero médicalisés par SMUR,
- annexe n° 5 : organisation des transferts néo-nataux.
- annexe n° 5bis : moyens humains et matériels nécessaires des niveaux I et II
- annexe n° 6 : organisation des transferts des mères en réanimation.

Cette définition des valeurs et des normes partagées par les membres du réseau a naturellement vocation à être amendée, en fonction de la parution de dispositions réglementaires dans le domaine de la périnatalogie.

Elle repose sur les principes suivants :

- chaque établissement a vocation à dispenser des soins périnatals correspondant à son niveau de soins.
- hors les soins intensifs très spécialisés, il est nécessaire de réaliser, dans le respect de la subsidiarité, un maillage du territoire qui assure une prise en charge de proximité de qualité,

- il est indispensable d'homogénéiser les pratiques entre les différents professionnels, dans le respect de l'indépendance professionnelle prévue par la loi,
- La patiente conserve le libre choix de son lieu d'accouchement, après avoir été informée de l'éventualité d'un transfert en cas d'indication.

→ Chaque praticien libéral acteur du réseau assure la surveillance de la grossesse et de la période post-natale en coordination avec l'établissement de périnatalité auquel s'adresse la patiente.

Pour cela, il reçoit des indications spécifiques sur le fonctionnement du réseau, les protocoles et les recommandations de bonne pratique.

→ Tous les acteurs du réseau prennent part aux actions mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de leur mission (formations, études, évaluations ...).

## 2. Modalités de coordination et de pilotage :

### 2.1. Le Comité de pilotage :

#### ↳ Composition

Poste	Mode de désignation
- Président	Désignation par le Copil
- Vice-président	Désignation par le Copil
-coordonnateur du réseau	Désignation par le Copil ( 2 représentants)
- Représentation des départements	2 représentants de chaque département dans la mesure des disponibilités.
- Représentation de l'établissement promoteur	Directeur Général du CHRU de Tours ou son représentant
- Représentant de l'ARH	Directeur de l'ARH ou son représentant
- Représentation de l'URCAM	Directeur de l'URCAM ou son représentant
- Représentation des maternités de niveau 1	Election par ses pairs pour 3 ans
- Représentation de la DRASS	Directeur de la DRASS ou son représentant
- Représentant PMI	
-Un siege pour le représentant des associations d'utilisateur concernées	

#### ↳ Attribution :

Le comité de pilotage du réseau PERINAT CENTRE reflète la diversité statutaire et géographique des acteurs du réseau. Il se compose comme suit :

- Le président
- Le vice président
- Les coordinateurs
- Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Centre ou son représentant

- Le médecin en chef de la P.M.I. ou son représentant
- Le Directeur Général du C.H.R.U. de TOURS ou son représentant
- Un représentant des anesthésistes ou son suppléant
- Un médecin représentant les maternités de niveau 1, élu par ses pairs
- Deux représentants médicaux par département ou leur suppléant: Dualité souhaitable pédiatre obstétricien

CHER (18)	C.H. de BOURGES Clinique G. de VARYE (SAINT DOULCHARD)
EURE et LOIR (28)	C.H. de CHARTRES Clinique SAINT- FRANCOIS (MAINVILLIERS)
INDRE (36)	C.H. de CHATEAUROUX Clinique SAINT-FRANCOIS (CHATEAUROUX)
INDRE et LOIRE (37)	C.H.R.U. de TOURS (unité gynéco obstétrique) Clinique du PARC
LOIR et CHER (41)	C. H. de BLOIS Clinique SAINT CŒUR (VENDOME)
LOIRET (45)	C.H.R. d'ORLÉANS Clinique des longues allées (Saint Jean de BRAYE)

### ↳ **Missions :**

- Définir et mettre en oeuvre les stratégies régionales pour la périnatalité
- Déterminer et programmer les actions du réseau
- Planifier et hiérarchiser les projets
- Mise en place et évaluation du dossier périnatal commun au sein du réseau
- Réflexion, évaluation des actions du réseau en périnatalité
- Etude des indicateurs périnataux régionaux, recensement et création d'une base de données pour des travaux épidémiologiques et de recherches
- Organiser et coordonner l'offre de soin à l'échelon régional
- Impulser l'émergence de thématique
- Fédérer les différentes structures de travail, les différents acteurs de santé
- Harmoniser les prises en charge médicales et administratives en région

### **2.2. Le président :**

- Désigné par le comité de pilotage, il représente le réseau Péri Nat Centre au pré des différentes instances départementales, régionales, nationales et européennes.
- En liaison avec l'établissement siège du pôle de référence du réseau, il présente et diffuse un rapport d'activité financier et moral annuel.

### **2.3. Les coordonnateurs :**

- Assurent de façon opérationnelle les missions déterminées par le comité de pilotage et agissent en application de ses délibérations.
- Mobilisent un ou plusieurs réseaux de proximité, départemental et/ou régional à l'écoute des usagers pour affirmer notre présence dans l'espace régional de la périnatalité.
- Développent et confortent la culture de la communication
- Proposent des réponses adaptées aux besoins des professionnels et des usagers.
- Animent le réseau, coordonnent les actions de formation et les projets de recherche, créent du lien avec tous les acteurs de santé partenaire ou en devenir.

## **PLACE ET RÔLE DES COORDONNATEURS AU SEIN DU RESEAU**

### **1. Animer le réseau :**

- Créer et consolider du lien
- Piloter les projets de recherche clinique dont les promoteurs sont locaux, régionaux ou nationaux
- Déterminer la faisabilité des actions proposées
- Instaurer des échéanciers
- Conseiller, orienter, impulser
- Dynamiser, revitaliser les groupes impliqués
- Favoriser l'élaboration commune de grille d'évaluation des risques en périnatalité permettant l'optimisation de l'offre de soin et l'orientation ajustée des patientes en fonction de la typologie des maternités en conformité avec la réglementation en vigueur
- Aider à la constitution des protocoles, l'élaboration des conduites à tenir ainsi que leurs mises à jour pour une culture commune de prise en charge des patientes et l'homogénéisation de nos pratiques
- Mise en place de groupe de réflexion et de travail
- Détermination des outils de communication
  - Recevoir, transmettre les informations
  - Restituer, diffuser à l'ensemble des partenaires concernées l'état d'avancement des projets, leurs difficultés, leurs résultats
  - Intégrer et utiliser des bases de données dans le cadre d'études
  - Epidémiologiques et d'évaluation
- Développer le partenariat
  - Au niveau local, départemental, régional, national et européen
  - Avec les tutelles, les institutions, les réseaux de périnatalité et /ou rattachés
  - Médecins généralistes, spécialistes, associations...

### **2. Evaluation :**

- Organisationnelle
- Moyens logistiques
- Moyens humains
- Efficience et pertinence des actions

### **3. Rôle pédagogique :**

- Réunion inter maternité
- Création et pérennisation de journées thématiques (addictologie, justice, hygiène de vie, relations ville hôpital clinique .....
- Atelier de formation pratique autour de sujet en lien avec la périnatalité
- Mission d'éducation et d'information des usagers (colloque public, sensibilisation, média ...)
- Formation régionale théorique de diagnostic prénatal des centres pluridisciplinaires
- Autres....

## **ELEMENTS RELATIFS A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE AINSI QUE LES ACTIONS DE FORMATION DESTINEES AUX INTERVENANTS**

### **1. Qualité de la prise en charge :**

Le réseau Périnat Centre mène une démarche centrée sur l'amélioration continue de la qualité, qui s'exprime à plusieurs niveaux :

- elle s'applique prioritairement à la prise en charge de chaque parturiente ; l'objectif des acteurs du réseau est que chaque naissance ait lieu dans les conditions optimales d'environnement, de compétence, de niveau de soins, de technicité, de proximité et de confort, en fonction de ses caractéristiques propres,
- elle s'attache à apprécier et améliorer l'impact du réseau sur l'organisation des prises en charge, leur efficacité, et leur efficacité, ainsi que sur la diffusion de la formation et de l'information parmi les parturientes et les intervenants,
- elle concerne, enfin, l'activité du réseau lui-même : atteinte des objectifs, respect de la charte, et de la convention constitutive, implication des acteurs, réalité, pertinence et efficacité des actions.

Pour cela, le réseau organise une pratique évaluative, fondée sur le recueil et l'analyse d'indicateurs. Ainsi, un relevé de critères d'activité et de résultats est effectué chaque année par le coordonnateur régional, auprès de tous les établissements de périnatalité et permet d'orienter et prioriser différentes actions (protocoles, formations...).

Par ailleurs, le réseau met en œuvre, en fonction des objectifs, toutes modalités d'évaluation (questionnaires, enquêtes...) appropriées aux différents projets.

L'installation d'un système informatisé de type Audipog dans l'ensemble de la région, favorisera ce recueil de données et permettra d'exploiter des données épidémiologiques en les rapportant au plan national.

## **2. Actions de formation :**

Le réseau est promoteur et organisateur d'actions de formation portant sur la périnatalité. Ces actions font l'objet d'un programme d'action annualisé détaillant les thèmes, les objectifs, les publics. Ces actions peuvent être réservés aux intervenants et aux membres du réseau, mais elles peuvent aussi, si le conseil de réseau en décide être ouvertes à d'autres publics.

Le réseau contribue à l'analyse des besoins professionnels et bénévoles, et alimente les plans départementaux et régionaux de formation.

Il travaille en liaison avec la Commission Régionale de la Naissance, qui organise plusieurs sessions de formation.

<p><b>MODALITES DE PARTAGE DE L'INFORMATION DANS LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL ET DES REGLES DEONTOLOGIQUES PROPRES A CHACUN DES ACTEURS</b></p>
---

Dans l'attente de l'installation d'un système d'information informatisé. Les échanges d'informations relatives aux patients ont lieu de façon manuelle, dans le strict respect des règles éthiques, déontologiques et réglementaires relatives au respect des personnes, à la discrétion et au secret professionnel. Cela implique :

- que les échanges d'informations relatives à la prise en charge directe des personnes seront limités aux professionnels responsables des personnes, et à ce qui est utile à leur intervention,
- que les patients seront informés de l'existence, des modes d'information et des objectifs du réseau et seront invités à consentir à leur prise en charge dans ce cadre.

Le travail de mise en réseau, d'information réciproque et de coordination des acteurs de périnatalogie s'articule autour de la reconnaissance des documents de consensus.

Les acteurs participants au réseau travaillent à l'harmonisation du système d'information pour optimiser le suivi des patients et favoriser l'échange et la communication (installation d'une station de visio-conférence, définition commune du dossier de soins spécialisés, élaboration de fiches de liaison...)

A ce titre, ils ont mis en place 2 dossiers communs régionaux pour le transfert des nouveau-nés et le transfert des mères.

Un système de vidéo - conférence propre au réseau est par ailleurs installé.

Enfin, le réseau envisage la mise en place d'un système d'information régional informatisé qui doit intégrer, dans un 1<sup>er</sup> temps, tous les établissements d'obstétrique, puis, dans un 2<sup>ème</sup> temps les praticiens libéraux.

## **RAPPEL DES PRINCIPES ETHIQUES DANS LE RESPECT DESQUELS LES ACTIONS SERONT MISES EN ŒUVRE**

Chaque établissement, en fonction du niveau de soins périnataux auquel il émerge, s'efforce de favoriser une adéquation entre le niveau d'activité, le niveau de qualité des cas de prise en charge et les moyens mobilisés.

Outre le respect du code de déontologie médicale, la recherche d'une démarche commune déontologique prendra principalement trois orientations :

- le respect de la confraternité et de la confidentialité des informations recueillies dans le fonctionnement du réseau,
- l'adoption d'une attitude consensuelle et éthique vis-à-vis d'éventuelles limitations des moyens d'action
- l'adoption d'une attitude commune vis à vis des partenaires éventuels du réseau

Les membres du réseau Périnat Centre souhaitent promouvoir une prise en charge rapide, efficace et adaptée, de toutes les patientes résidant en région Centre.

Ils s'engagent à délivrer à chaque patiente des soins de qualité, sans aucune discrimination, et à participer, de façon coordonnée à sa prise en charge globale, sanitaire, psychologique et médico-sociale.

Ils s'engagent à respecter, en toutes circonstances, le droit des patientes à la confidentialité des éléments qui le concernent.

Ils veillent à dispenser à chaque patiente, une information claire et complète, tant sur son état, sa prise en charge qui lui est proposée, les bénéfices et les risques qui peuvent en découler, que sur les caractéristiques du réseau de santé. Ils invitent la patiente à exprimer son consentement sur ces éléments.

Ils témoignent, à tout moment, de respect humain envers la dignité et la volonté des patientes.

Ils s'engagent à prendre part aux travaux du réseau, à l'élaboration et à l'utilisation des outils et actions du réseau (référentiels, protocoles, dossiers, formations...), sans préjudice de leur pleine indépendance et responsabilité professionnelle.

## **ENGAGEMENT DES SIGNATAIRES A PARTICIPER AUX ACTIONS DE PREVENTION, D'EDUCATION, DE SOINS, DE SUIVI SANITAIRE ET SOCIAL ET DE DEMARCHE D'EVALUATION MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DU RESEAU**

Les acteurs du réseau, signataires ou approbateurs de la présente charte sur la base de laquelle ils adhèrent au réseau, souscrivent l'engagement de participer aux actions de prévention, de soins, de suivi sanitaire et social et de démarche d'évaluation mises en œuvre dans le cadre du réseau régional de Périnatalité de la région Centre.

**ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES A NE PAS UTILISER LEUR PARTICIPATION DIRECTE OU INDIRECTE A L'ACTIVITE DU RESEAU A DES FINS DE PROMOTION ET DE PUBLICITE**

Les acteurs du réseau, signataires ou approbateurs de la présente charte, sur la base de laquelle ils adhèrent au réseau, souscrivent l'engagement de ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau, à des fins de promotion et de publicité.

**CHARTRE PORTEE A LA CONNAISSANCE DES USAGERS**

La présente charte est portée à la connaissance des usagers, de la façon suivante :

- elle est affichée dans les locaux professionnels des acteurs du réseau, (hors annexes),
- elle est communiquée aux associations représentant les patients,
- elle est adressée, sur demande, à tout usager qui en ferait la demande.

## ANNEXE I

### **Organisation du diagnostic prénatal**

Il existe dans la Région Centre, deux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréé par le Ministère de la Santé :

- Le Centre Hospitalier Régional d'Orléans
- Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours.

Dans un souci de réactivité et de simplicité de prise en charge, la cellule de coordination incite les praticiens de notre réseau à se référer à ces deux centres pour tout problème de diagnostic prénatal.

#### **I - Engagement des centres de diagnostic prénatal :**

Les deux centres de diagnostic prénatal agréés s'engagent :

- à prendre en charge toute patiente dont le fœtus présente une pathologie médicale ou chirurgicale afin de porter un avis pluridisciplinaire sur celle-ci et d'établir au mieux la conduite à tenir appropriée. En dehors d'un contexte d'urgence, un rendez-vous de médecine fœtale sera donné à la patiente sous huitaine.
- à pratiquer une échographie de niveau II si celle-ci n'est pas réalisable dans l'établissement d'origine.
- à réaliser tout geste diagnostique ou thérapeutique ainsi qu'une éventuelle interruption médicale de grossesse si ceux-ci ne sont pas réalisables dans l'établissement d'origine.
- à assurer l'examen foetopathologique si celui-ci est justifié et autorisé par les parents.
- à tenir informé le praticien ayant en charge la patiente des décisions prises par celle-ci ainsi que de l'évolution de son état de santé et de tous les résultats la concernant. Un compte-rendu d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sera adressé dès la sortie de la patiente au gynécologue obstétricien qui a envoyé la patiente de façon à permettre à l'équipe initiale de poursuivre la surveillance et les soins.
- à retransférer la patiente dans son établissement d'origine, après avis du comité de diagnostic prénatal, dès que son état de santé et/ou celui de son enfant l'autorise.
- à assurer, le cas échéant, la ou les consultations de suivi et de conseils prénatals ou génétiques nécessaires si celles-ci ne sont pas réalisables dans les établissements d'origine.

## **II - Engagement des établissements travaillant avec ces centres agréés de diagnostic prénatal :**

Les établissements assurant les suivis de grossesse de la région s'engagent, en cas de découverte d'une pathologie fœtale malformative ou non (retard de croissance intra-utérin sévère inexplicé, accidents d'alloimmunisation grave, séro-conversion virale ou autre pathologie maternelle à risque fœtal) :

- à faire réaliser une échographie de niveau II par un échographiste spécialement formé au diagnostic prénatal. (En cas de d'impossibilité à réaliser cet examen sur place, il pourra être réalisé au sein du centre agréé de diagnostic prénatal).
- En fonction du caractère plus ou moins urgent de la pathologie, à adresser la patiente en hospitalisation ou en consultation au centre de diagnostic prénatal  
A défaut, à transmettre au centre de diagnostic prénatal, tous les éléments cliniques et morphologiques du dossier de la patiente afin qu'il soit discuté lors d'une réunion pluridisciplinaire (comportant au moins un gynécologue/obstétricien, un généticien, un pédiatre et un médecin échographiste formé au diagnostic prénatal). Une réunion par télé-médecine peut permettre cette réunion pluridisciplinaire.
- Un compte-rendu détaillé de la réunion pluridisciplinaire comportant la conduite à tenir sera envoyé au gynécologue/obstétricien qui a adressé la patiente pour qu'il puisse prendre avec le couple une décision.
- à pratiquer les gestes diagnostiques et thérapeutiques nécessaires (amniocentèse, prélèvements fœtaux, traitements et surveillances) conseillés par le centre de diagnostic prénatal si ceux-ci sont réalisables au sein de l'établissement d'origine. Dans le cas contraire, ils seront réalisés par le centre de diagnostic prénatal.
- à pratiquer, s'ils le désirent, des interruptions médicales de grossesse selon les protocoles édités par le centre de diagnostic prénatal.
- à tenir informé le centre de diagnostic prénatal de l'évolution et des résultats des patientes ayant bénéficié d'un avis pluridisciplinaire, dans un souci d'évaluation.

§

## Annexe II

# Indications de transfert in utero d'une maternité de type I vers une maternité de type II ou III

Pour toute demande de transfert in utero vers un des deux centres de type III de la région Centre, il existe une ligne téléphonique dédiée, dite « ligne rouge » :

**pour le CHR d'Orléans : 02 38 61 30 55**  
**pour le CHRU de Tours : 02 47 47 86 79 ( Attention : Numéro en cours de validation !)**

D'un point de vue juridique, dans n'importe quel transfert de patient d'un établissement à un autre, la responsabilité est automatiquement partagée entre le médecin envoyeur, le médecin receveur et le médecin transporteur (en cas de transport médicalisé). Il est donc capital qu'une discussion tripartite, à partir d'éléments cliniques exhaustifs et objectifs ait lieu au préalable pour juger de la pertinence du transfert et des modalités de celui-ci.

L'obstétricien du service envoyeur est tenu de transmettre les éléments du dossier indispensables au suivi médical de la patiente et de préciser les soins prodigués avant son transfert. Ces éléments seront consignés sur la fiche de transfert in utero (disponible sur commande auprès de la cellule de coordination du Réseau) et seront à **faxer** à l'obstétricien receveur pour faciliter cette discussion.

L'amélioration de notre politique de réseau a comme corollaire l'émergence de problèmes de saturation d'accueil dans les centres de type III, tant sur le plan pédiatrique qu'obstétrical. Ceci peut considérablement compliquer les procédures, obligeant parfois des transferts retardés ou éloignés en région voire hors région. Il est important que chacun signale à la cellule de coordination les difficultés qu'il a pu rencontrer pour nous permettre d'optimiser nos procédures et demander si nécessaire des moyens supplémentaires à nos tutelles.

Dans tous les cas, la décision d'effectuer un transfert in utero doit tenir compte du risque d'accouchement inopiné pendant le transport. Si ce risque est important, il est préférable de surseoir au transfert, de pratiquer l'accouchement sur place en prévenant rapidement les équipes mobiles d'urgence pédiatrique et/ou adulte pour organiser un transfert secondaire.

### 1°) Forte probabilité de naissance du fait :

- d'une menace d'accouchement prématuré
- d'une rupture prématurée des membranes
- d'un retard de croissance in utero

**Transfert vers un établissement de type II** pour un terme compris entre 32 et 34 SA et/ou une estimation pondérale foetale comprise entre 1200 et 1800g

**Transfert vers un établissement de type III** pour un terme inférieur à 32 SA et/ou une estimation pondérale foetale inférieure à 1200g

Les termes et les poids auxquels sont préconisés les transferts in utero ne sont pas les mêmes que ceux indiqués dans les transferts de nouveau-nés (cf annexe 5). Ces différences sont essentiellement liées au fait que l'état néonatal n'est pas connu mais uniquement **prévisible** et qu'il faut raisonner par rapport à un **risque** d'accouchement.

### 2°) Indications de transfert des grossesses gémellaires :

- Grossesses gémellaires de terme inférieur à 37 SA, quel qu'en soit son déroulement ou sa chorionicité
- Grossesses gémellaires monochoriales
- Grossesses gémellaires avec déséquilibre de croissance entre les 2 jumeaux
- Grossesses gémellaires avec anomalie de quantité de liquide amniotique

**3) Pathologies fœtales** comportant un risque vital ou respiratoire majeur ou nécessitant une prise en charge médicale in utero ou chirurgicale à la naissance. Dans la mesure du possible, ces dossiers devront être présentés à une réunion pluridisciplinaire de diagnostic prénatal pour prévoir les modalités du transfert et définir la conduite à tenir en per et post-partum immédiat.

Ces patientes relèvent toutes d'un établissement de type III

**4°) Pathologies maternelles graves avec risque de décompensation pré ou post-natale en l'absence de possibilités de réanimation maternelle suffisante.**

- Pré-éclampsie sévère et ses complications
- Situations à risque hémorragique intra-partum (coagulopathies, antécédents d'hémorragie de la délivrance, anomalies d'insertion placentaire...)
- Autre pathologie maternelle aggravée par la grossesse

Le choix de l'établissement de transfert (type II ou III) dépendra des besoins prévisibles en de réanimation maternelle et néonatale et des capacités de l'établissement contacté.

La maternité de type II ou III contactée s'engage à prendre la patiente ou à trouver une place dans un établissement équivalent. Dans le cas où le transfert ne peut avoir lieu par manque de place en réanimation pédiatrique, il est possible de contacter le SMUR pédiatrique qui connaît les disponibilités en temps réel de ces services en et hors région.

Cette maternité s'engage à transférer à nouveau la patiente dans son établissement d'origine une fois sa pathologie stabilisée. Le terme est un élément important à prendre en compte dans cette éventuelle décision de retour mais n'est pas déterminant à lui seul.

Cette notion répond à la nécessité de toujours mettre en adéquation le niveau de la maternité avec la gravité de la pathologie, en utilisant au mieux les ressources et les compétences de chacun et en maintenant une capacité d'accueil optimale dans les centres de type III. Ainsi, il est tout à fait concevable d'organiser un retour vers un établissement de type I (ou un rapprochement géographique vers un établissement de type II) même si le terme reste inférieur à 34 SA, dès l'instant où le risque d'accouchement imminent est écarté.

## Annexe III

### **Indications du transfert in utero d'une maternité de type II vers une maternité de type III**

Pour toute demande de transfert in utero vers un des deux centres de type III de la région Centre, il existe une ligne téléphonique dédiée, dite « ligne rouge » :

**pour le CHR d'Orléans : 02 38 61 30 55  
pour le CHRU de Tours : 02 47 47 86 79**

D'un point de vue juridique, dans n'importe quel transfert de patient d'un établissement à un autre, la responsabilité est automatiquement partagée entre le médecin envoyeur, le médecin receveur et le médecin transporteur (en cas de transport médicalisé). Il est donc capital qu'une discussion tripartite, à partir d'éléments cliniques exhaustifs et objectifs ait lieu au préalable pour juger de la pertinence du transfert et des modalités de celui-ci.

L'obstétricien du service envoyeur est tenu de transmettre les éléments du dossier indispensables au suivi médical de la patiente et de préciser les soins prodigués avant son transfert. Ces éléments seront consignés sur la fiche de transfert in utero (disponible sur commande auprès de la cellule de coordination du Réseau) et seront **à faxer** à l'obstétricien receveur pour faciliter cette discussion.

L'amélioration de notre politique de réseau a comme corollaire l'émergence de problèmes de saturation d'accueil dans les centres de type III, tant sur le plan pédiatrique qu'obstétrical. Ceci peut considérablement compliquer les procédures, obligeant parfois des transferts retardés ou éloignés en région voire hors région. Il est important que chacun signale à la cellule de coordination les difficultés qu'il a pu rencontrer pour nous permettre d'optimiser nos procédures et demander si nécessaire des moyens supplémentaires à nos tutelles.

Dans tous les cas, la décision d'effectuer un transfert in utero doit tenir compte du risque d'accouchement inopiné pendant le transport. Si ce risque est important, il est préférable de surseoir au transfert, de pratiquer l'accouchement sur place en prévenant rapidement les équipes mobiles d'urgence pédiatrique et/ou adulte pour organiser un transfert secondaire.

#### **1°) Forte probabilité de naissance avant 32 SA et/ou estimation pondérale foetale inférieure à 1 200 g du fait :**

- d'une menace d'accouchement prématuré
- d'une rupture prématurée des membranes
- d'un retard de croissance in utero sévère

Les termes et les poids auxquels sont préconisés les transferts in utero ne sont pas les mêmes que ceux indiqués dans les transferts de nouveau-nés (cf annexe 5). Ces différences sont essentiellement liées au fait que l'état néonatal n'est pas connu mais uniquement **prévisible** et qu'il faut raisonner par rapport à un **risque** d'accouchement.

#### **2°) Grossesses multiples avec menace d'accouchement prématuré avant 33 SA.**

**3°) Pathologies fœtales** comportant un risque vital ou respiratoire majeur ou nécessitant une prise en charge médicale in utero ou chirurgicale à la naissance.

Dans la mesure du possible, ces dossiers devront être présentés à une réunion pluridisciplinaire de diagnostic prénatal pour prévoir les modalités du transfert et définir la conduite à tenir en per et post-partum immédiat.

**4°) Pathologies maternelles graves avec risque de décompensation pré ou post natale en l'absence de possibilités de réanimation maternelle suffisante.**

- Pré-éclampsie sévère et ses complications
- Situations à risque hémorragique intra-partum (coagulopathies, antécédents d'hémorragie de la délivrance, anomalies d'insertion placentaire...)
- Autre pathologie maternelle aggravée par la grossesse

La maternité de type III contactée s'engage à prendre la patiente ou à trouver une place dans un établissement équivalent. Dans le cas où le transfert ne peut avoir lieu par manque de place en réanimation pédiatrique, il est possible de contacter le SMUR pédiatrique qui connaît les disponibilités en temps réel de ces services en et hors région.

Cette maternité s'engage à transférer à nouveau la patiente dans son établissement d'origine une fois sa pathologie stabilisée. Le terme est un élément important à prendre en compte dans cette éventuelle décision de retour mais n'est pas déterminant à lui seul.

Cette notion répond à la nécessité de toujours mettre en adéquation le niveau de la maternité avec la gravité de la pathologie, en utilisant au mieux les ressources et les compétences de chacun et en maintenant une capacité d'accueil optimale dans les centres de type III. Ainsi, il est tout à fait concevable d'organiser un retour vers un établissement de type II même si le terme reste inférieur à 32 SA, dès l'instant où l'état maternel ou fœtal ne présente plus de risque immédiat.

## **Annexe IV**

### **Modalités des transferts in utéro médicalisés par SMUR**

**Vers le un établissement de Niveau II ou III**

#### **1) Contre indications du transfert prénatal .**

- hématome retro placentaire
- forte probabilité d'accouchement pendant le transfert ( dilatation > 5 cm)
- état maternel incompatible avec le transfert (CIVD, Fibrinolyse, choc septique, éclampsie)

Dans ces cas, il est préférable d'accepter l'accouchement ou la césarienne dans la maternité d'origine avec appel téléphonique :

- du SMUR néonatal pour la prise en charge néonatale et transfert post natal .
- ± du SMUR adulte si un transfert post natal de la mère est nécessaire .

#### **2°) Modalités de réalisation du Transfert in Utéro**

- 1) Appel téléphonique du Gynéco-Obstétricien senior de garde dans l'établissement de niveau II ou III.:

Hôpital de : .....



.....

Fax .....

Pour discussion du dossier et décider :

- de l'indication du transfert in utero
- de la transmission des données obstétricales
- des modalités du transport (délai d'intervention, durée du transfert, moyens : médicalisé ou non médicalisé )

- 2) Si un transfert médicalisé par SMUR est souhaité :

- **Appel du SMUR adulte ( 0015) pour discussion tripartite entre :**

- le gynécologue obstétricien demandeur,
- le gynécologue obstétricien senior receveur,
- le médecin régulateur du SAMU (après choix du transporteur SMUR départemental),
- l'anesthésiste -réanimateur régulateur,
- afin de décider en fonction :
  - des moyens disponibles,
  - des contraintes climatiques,
  - des délais d'intervention,
  - de la durée du transfert,
- du choix du transporteur ( SMUR SAMU départemental ),
- du choix définitif du mode de transport le plus approprié pour la patiente : hélicoptère, ambulance régionale, ou départementale) et de la nécessité ou non de déplacer également le SMUR néonatal.

- **Accueil du SMUR par le gynécologue obstétricien demandeur** qui consignera sur la feuille médicale de transfert du SMUR les données de son examen obstétrical :
  - fréquence des contractions utérines durant la dernière heure ,
  - dilatation du col et vitesse de progression de la dilatation depuis le premier appel,
  - rupture ou intégrité des membranes ,
  - interprétation de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal
  - posologie éventuelle de la perfusion de  $\beta$  mimétiques
  - état maternel : pouls, tension , température, conscience.

Il transmettra les éléments du dossier indispensables à une éventuelle intervention en urgence ( carte de groupe Rh, agglutinines , hémostase , hémogramme , ERCF, écho....

- **Accueil du SMUR et de la patiente** au bloc Obstétrical du Service de Gynécologie Obstétrique de l'établissement de niveau II ou III receveur par le gynécologue obstétricien senior de garde et transmission de l'arrivée de la patiente au gynécologue obstétricien ayant adressé la patiente.

L'établissement receveur s'engage à transférer la patiente dans son établissement d'origine dès que son état de santé le permet. Un compte rendu détaillé de l'hospitalisation de la mère et de l'enfant sera adressé dès la sortie de la patiente au gynécologue obstétricien qui a envoyé la patiente afin qu'il puisse surveiller la patiente et poursuivre les soins.

## **Annexe V**

# **TRANSFERTS NEO-NATAUX**

### **Les maternités de Niveau I = unité d'obstétrique**

Elles accueillent les grossesses sans risque identifié et assurent les soins courants des nouveau-nés en suites de couches.

### **Les centres de niveau II A = unité d'obstétrique et unité de néonatalogie,**

Ils accueillent des nouveau-nés prématurés stables de 33 semaines ou plus et de poids de naissance > 1600g, sans pathologie respiratoire ni trouble hémodynamique, et ne nécessitant pas de ventilation ni de nutrition parentérale.

Ils doivent disposer des moyens nécessaires à la stabilisation et à la ventilation des premières heures avant transfert du nouveau-né vers un niveau II B ou III.

Ils accueillent des nouveau-nés prématurés stables provenant des niveaux II B ou III et ne nécessitant plus de ventilation et / ou de nutrition parentérale.

### **Les centres de niveau II B = unité d'obstétrique et unité de néonatalogie pourvue de lits de soins intensifs,**

Ils accueillent des nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 33 SA et / ou PN < 1600g, à la naissance ou après transfert d'un niveau III, suivant les possibilités locales en terme de moyens humains et techniques.

L'unité de soins intensifs assure une ventilation non invasive ainsi que la pose et la surveillance d'un cathéter central veineux, en vue d'une nutrition parentérale respectant les recommandations et les exigences actuelles .

Ils doivent disposer des moyens nécessaires pour une assistance respiratoire invasive avant le transfert du nouveau-né vers un niveau III si nécessaire.

### **Les centres de niveau III = unité d'obstétrique et unité néonatale disposant d'une réanimation néonatale**

Ils accueillent des grossesses à très haut risque maternel et / ou fœtal.

Ils accueillent les nouveau-nés en détresse vitale quelle que soit la fonction défaillante.

## **Adaptations des recommandations nationales au fonctionnement du réseau de la région Centre**

Le réseau de la région Centre dispose de 2 maternités de niveau I dans des centres hospitaliers pourvus de service de Pédiatrie ; il s'agit de GIEN et de ROMORANTIN. Dans ces 2 services de pédiatrie sont disponibles des lits de néonatalogie bénéficiant de la permanence des soins. Il est donc admis que pour ces 2 maternités de niveau I, les nouveau-nés prématurés de 34 semaines et plus et/ou d'un poids de 1800 g ou plus, ne nécessitant pas de soutien particulier, peuvent être hospitalisés dans les unités de néonatalogie locales.

## **A - Indications d'un transfert de nouveau-né**

### **1. Du centre de niveau I ou II vers un centre de niveau III : CHU et CHRO**

- Détresse respiratoire nécessitant une assistance respiratoire.
- Situation de détresse vitale qu'elle qu'en soit l'origine : infectieuse, cérébrale, cardio-vasculaire, etc... après mise en condition sur place.

- Situation d'asphyxie périnatale quelle qu'en soit la cause
- Affections diverses de découverte ante natale ou post natale nécessitant un traitement urgent ou des investigations en milieu pédiatrique spécialisé de niveau III.
- Prématuré de terme inférieur à 33 semaines d'aménorrhée, .
- Nouveau-né prématuré de terme supérieur à 33 semaines d'aménorrhée mais avec un poids de naissance inférieur à 1600 grammes.
- ictère grave en cas d'impossibilités locales de photothérapie intensive ou d'EST

## **2. De la maternité de niveau I vers un niveau supérieur**

- Prématuré de terme inférieur à 36 SA et/ou de Poids de naissance inférieur à 2000g (selon les disponibilités locales)
- Ictère selon les possibilités thérapeutiques locales
- toutes les affections néonatales en dehors de celles, bénignes, pouvant être prise en charge à la maternité ( en terme de risque de complication et de traitement )

### **B - Engagements du service pédiatrique receveur**

#### **Retour des nouveau-nés vers l'établissement d'origine.**

Les services de médecine néonatale de niveau II et III s'engagent à accueillir tous les nouveau-nés dont les soins relèvent de leur niveau de compétence et dont le transfert est jugé nécessaire d'un commun accord.

L'établissement receveur s'engage par ailleurs à réadresser dans son établissement d'origine l'enfant dès que son état de santé le permettra , après accord des deux équipes pédiatriques concernées.

Le retour d'un enfant auprès de sa mère en maternité de niveau I est envisagé après prise en charge d'une affection simple pour les nouveau nés à terme, la mère étant encore hospitalisée.

Le retour d'un enfant vers une structure de niveau IIa est envisagé à un terme corrigé supérieur à 32 semaines d'aménorrhée, un poids supérieur à 1600 grammes et à un âge post natal > 8 jours ( délai habituel de stabilisation ).

Le retour en niveau IIb est envisagé pour des nouveau-nés dont le terme corrigé est inférieur à 32 SA et/ ou un poids inférieur à 1500g s'il est âgé de plus de 8 jours ( période de stabilisation cardio-respiratoire ) avec ou sans maintien d'un KTVC

Ces retours ne s'envisagent bien évidemment que pour des enfants stables sur les plans hémodynamique, alimentaire, digestif et cardio-respiratoire.

Un compte-rendu détaillé de son hospitalisation est adressé dès la sortie du service de néonatalogie au pédiatre qui a adressé l'enfant pour permettre à l'équipe initiale de poursuivre la surveillance et les soins du nouveau-né.

### **C- Modalités**

Toute demande de transfert de nouveau-né doit être effectuée auprès de la structure régionale de régulation du SMUR pédiatrique (centralisée au CHRU de Tours), au 02.47.38.00.17. (15 pour les maternités d'Indre et Loire).

Après prise de renseignements administratifs, vous serez mis en relation avec le médecin pédiatre chargé de la régulation du SMUR néonatal qui se renseignera le plus complètement possible sur l'état clinique de l'enfant, afin de décider avec vous de la meilleure décision concernant la mise en condition, le traitement et le transport du nouveau-né.

Ce transport pourra être effectué (selon les directives de la circulaire DHOS 01-2005-67 du 7 février 2005, relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants) :

- soit par une ambulance médicalisée type SAMU, Pédiatrique ou SMUR local au cas par cas après accord du régulateur régional
- soit par une ambulance simple adaptée à ce type de transport (dont la compagnie aura au préalable passée convention avec le SMUR) avec ou sans accompagnement par une puéricultrice de l'établissement expéditeur ou receveur.

Le pédiatre du service expéditeur est tenu de transmettre les éléments du dossier indispensables au suivi médical de l'enfant et de préciser les soins prodigués au nouveau-né avant son transfert. Ces éléments seront consignés dans le dossier de transfert des nouveau-nés (document pré-imprimé « vert »- disponible sur commande auprès de la cellule de coordination du Réseau).

**Annexe V bis**  
**Pathologies et moyens humain et matériel**  
**nécessaires des niveaux I et II**

	<b>Soins et Surveillance</b>	<b>Equipement</b>
<b>NIVEAU I</b>  <b>PEDIATRIE</b>	<p>Réchauffement Surveillance glycémique, calcémique</p> <p>Perfusion brève pour corriger une hypoglycémie légère et réversible en quelques heures, en complément d'une alimentation orale. Photothérapie</p>	<p>Incubateurs Berceaux chauffants Lampe de photothérapie Possibilité d'examens complémentaires simples 24h/24 (radiologie, biochimie, hématologie) Un dinamap - un oxymètre Auxiliaire de puériculture Puéricultrice ou sage-femme disponible 24h/24</p> <p>Pédiatre présent le matin + contre visite + disponible sur appel</p>
<b>NIVEAU II</b>  <b>PEDIATRIE</b>	<p>Nutrition entérale continue ou discontinue par sonde gastrique.</p> <p>Perfusion Surveillance hémodynamique et respiratoire Oxygénothérapie à faible concentration en sonde sous-nasale. Photothérapie Mise en condition en cas d'aggravation</p>	<p>Pompes électriques</p> <p>Cardiomoniteurs Matériel d'aspiration et de ventilation Hood, humidificateur Analyseur d'oxygène Oxymètre de pouls, dinamap</p> <p>Matériel d'intubation, ventilateur Examens complémentaires 24 H/24 Personnel soignant qualifié et Pédiatre sur appel</p>

## **Annexe VI**

### **Transfert des mères en réanimation**

**Entre** :

**Et** :

#### **ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION**

La présente convention établit un lien de coopération technique entre le service d'obstétrique de ----- et le service de réanimation médicale polyvalente ----- . Elle organise les relations suivantes :

- conditions de transfert des mères vers le service de réanimation médicale polyvalente,
- procédures et modalités de recours au SMUR, procédures et modalités de retour des mères du service de réanimation de ----- vers le service d'obstétrique de ----- ,
- transmission de l'information médicale.

#### **ARTICLE 2 : OBJECTIFS MEDICAUX**

Les services désignés ci-dessus expriment leur volonté commune d'améliorer la prise en charge des parturientes souffrant de pathologies d'urgence (grossesse à haut risque, hémorragies de la délivrance ...).

Ils s'engagent à coordonner leur action pour assurer aux mères des soins continus et de qualité dans toutes les situations à haut risque nécessitant un plateau technique spécifique. La présente convention organise le transfert des parturientes suivies par le service d'obstétrique de ----- vers le service de réanimation de ----- dans les situations suivantes :

- pathologies maternelles graves ayant fait l'objet d'une décompensation pré ou post-natale,
- hémorragies de la délivrance,
- complications post-opératoires quelque soit l'intervention chirurgicale.

#### **ARTICLE 3 : ENGAGEMENT DU SERVICE D'OBSTETRIQUE DE ----- POUR LES MODALITES DE REALISATION DU TRANSFERT DANS LE SERVICE DE REANIMATION MEDICALE DE -----**

L'obstétricien de garde ou le médecin anesthésiste – réanimateur du service d'obstétrique de ----- prend un contact téléphonique avec le médecin réanimateur de garde du service de réanimation médicale polyvalente pour discuter du dossier et s'entendre sur :

- les indications du transfert de la parturiente,
- les transmissions des données obstétricales,
- le mode de transport (délai d'intervention, durée du transfert, moyen médicalisé ou non médicalisé) qui a lieu - sauf transfert par le SMUR – sous la responsabilité de ----- .

Si un transfert médicalisé par le SMUR est souhaitable :

- la régulation du SAMU organise le transport en mobilisant le SMUR de -----  
----. Le médecin du SMUR est accueilli par l'obstétricien ou le médecin anesthésiste –  
réanimateur du service d'obstétrique de -----,
- l'obstétricien ou le médecin anesthésiste – réanimateur du service de -----  
----- transmet le dossier de la mère et précise les soins prodigués à la parturiente avant  
son transfert.

Parallèlement, l'obstétricien de garde au ----- prend contact avec  
l'obstétricien de garde au -----, de façon à organiser éventuellement la naissance  
de l'enfant et, si besoin, la prise en charge chirurgicale de la mère.

----- s'engage à reprendre la patiente dès que le service de réanimation  
médicale de ----- l'estime possible.

#### **ARTICLE 4 : ENGAGEMENT DU SERVICE DE REANIMATION MEDICALE POLYVALENTE DE -----**

Le service de réanimation médicale polyvalente s'engage à accueillir toutes les parturientes  
dont l'hospitalisation en réanimation médicale a été jugée nécessaire d'un commun accord.

Dans les cas où aucune place n'est disponible à -----, le médecin de  
garde en réanimation s'engage à aider le médecin ayant en charge la mère à rechercher en  
commun une place dans un service équivalent et à organiser un transfert par SMUR.

Le service de réanimation médicale polyvalente s'engage à transférer dans son  
établissement d'origine la mère dès que son état de santé le permet et sous réserve de son  
accord.

Un compte rendu détaillé de l'hospitalisation est transmis dès la sortie du service de  
réanimation à l'obstétricien qui a adressé la mère pour permettre la continuité des soins.

#### **ARTICLE 5 : RESPONSABILITE MEDICALE**

Chaque praticien intervenant s'engage à inscrire son action dans le cadre déontologique  
fixé par le Code de Déontologie Médicale et à veiller particulièrement :

- au respect des règles de confraternité,
- à la confidentialité des données échangées entre les deux équipes,
- au devoir d'information pour que les soins donnés soient conformes aux données  
actuelles de la science.

Chaque médecin intervenant engage sa responsabilité personnelle dans les actes de soins  
qu'il effectue dans son service.

#### **ARTICLE 6 : EVALUATION**

Le dispositif organisé dans la présente convention fera l'objet d'une évaluation annuelle  
avec des représentants des deux équipes. Cette évaluation s'appuiera sur :

- le nombre de transfert réalisé,
- l'analyse de leur efficacité, les points à améliorer.

Les signataires s'efforceront de maintenir entre eux un système d'information efficace,  
visant à :

- parfaire la formation médicale continue de chacun des intervenants dans les situations d'urgence,
- faire connaître l'évolution des techniques et des stratégies thérapeutiques.

#### **ARTICLE 7 : DUREE DE VALIDITE - DATE D'EFFET**

La présente convention est conclue pour une période de un an et prorogée par tacite reconduction après évaluation annuelle.

La présente convention prend effet le

## Liste des établissements d'Obstétrique

18 - Centre Hospitalier Jacques Cœur Bourges  
Centre Hospitalier Vierzon  
Centre Hospitalier St-Amand Montrond  
Clinique Guillaume de Varye St Doulchard

28 - Centre Hospitalier Chateaudun  
Clinique Saint François Mainvilliers  
Centre Hospitalier de Chartres  
Centre Hospitalier Dreux

36 - Centre Hospitalier Chateauroux  
Centre Hospitalier Le Blanc  
Clinique Saint François Chateauroux

37 - Centre Hospitalier Universitaire de Tours  
Centre Hospitalier de Chinon  
Clinique du Parc Chambray les Tours

41 - Centre Hospitalier Blois  
Polyclinique Saint Côme de Blois  
Centre Hospitalier Romorantin Lanthenay  
Clinique du Saint Cœur Vendome

45 - Centre Hospitalier Régional Orléans  
Centre Hospitalier Pithiviers  
Polyclinique des Longues Allées St-Jean-de-Braye  
Centre Hospitalier de l'agglomération montargoise  
Centre Hospitalier Gien

Centres Périnataux de proximité :

28 - Centre Hospitalier Nogent le Rotrou  
37 - Centre Hospitalier Intercommunal d'Amboise