



## Charte de fonctionnement du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale

La présente Charte est constituée de

- principes éthiques,
- bases de fonctionnement,
- annexes.

Les membres du Réseau conviennent de s'y conformer comme les 8 maternités signataires de Convention Constitutive initiale.



# Principes éthiques

Le Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale est constitué de professionnels de toutes disciplines ayant pour mission d'assurer à la population du département du Finistère une prise en charge des soins autour de la naissance dans une perspective de complémentarité des institutions et d'optimisation des actions diagnostiques, thérapeutiques et préventives.

Les établissements, les associations et les professionnels de santé adhérant au Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale s'engagent, chacun pour ce qui le concerne et collectivement, à :

- **Faire bénéficier** à toute femme enceinte et à son (ses) enfant(s) de tous les moyens et de toutes les compétences disponibles dans le Réseau pour la surveillance de la grossesse, la sécurité de l'accouchement et les soins nécessaires à son (ses) enfant(s),
- **Informier et conseiller la femme enceinte** sur les modalités d'accompagnement de la grossesse et de la naissance,
- **Respecter le libre choix de la femme enceinte**,
- **Organiser un transfert vers l'établissement le plus adapté** si la situation l'exige, et ce dans les meilleures conditions d'accueil et de sécurité et dans le respect du libre choix de la femme,
- **Privilégier l'accouchement dans l'établissement le plus proche du lieu de vie**, et correspondant au niveau de soin adapté à la situation clinique,
- **Éviter les séparations mère-enfant** pour préserver le lien familial et affectif en cas de transfert et de retour,
- **Respecter les chartes du patient hospitalisé** (enfant et adulte) et les droits de l'enfant et des parents, notamment en ce qui concerne l'information, la confidentialité et le libre choix,
- **Appliquer les codes de Déontologie Médicale et Santé Publique** dans le respect de la confraternité et à adopter une attitude consensuelle et éthique,
- **Harmoniser les pratiques médicales** en appliquant des protocoles communs de prise en charge régulièrement discutés et mis à jour,
- **Participer à toute action du Réseau dans le domaine de la périnatalité**, en particulier en ce qui concerne l'accroissement des connaissances, la prévention, l'éducation à la santé, la formation, et l'accès aux soins périnataux des plus démunis,
- **Évaluer et améliorer de manière permanente la qualité**, la sécurité et la coordination des soins et de la prise en charge globale de la femme et de l'enfant pendant la grossesse et autour de la naissance,
- **Faire connaître l'existence de cette charte aux usagers** et à l'ensemble des professionnels de la santé du Finistère intervenant de près ou de loin dans le domaine de la périnatalité.

## I. LE COMITE DE COORDINATION

**Le Comité de Coordination est chargé de l'animation, la coordination et la promotion du Réseau.**

### **Composition souhaitable du Comité de Coordination**

- 5 gynécologues-obstétriciens : 3 publics, 2 privés,
- 5 pédiatres : 3 publics, 2 privés,
- 1 anesthésiste,
- 1 médecin de PMI,
- 3 sages-femmes : 1 publique, 1 privée, 1 libérale,
- 1 représentant du SAMU/SMUR,
- 2 médecins libéraux : 1 spécialiste non affilié à un établissement, 1 médecin généraliste,
- 2 représentants des directions d'établissement : 1 public, 1 privé.

Chaque établissement désigne un ou des référents réseaux (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sage-femme) qui assureront le lien avec le Comité de Coordination, ainsi qu'avec les permanents de l'Association Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale.

### **Attributions**

**Les missions du Comité de Coordination sont principalement les suivantes :**

- l'organisation d'actions de formation continue et d'actualisation des connaissances (personnels médicaux et non médicaux),
- la détermination des indicateurs nécessaires à l'évaluation du Réseau et aux travaux épidémiologiques,
- la conduite d'actions d'évaluation des pratiques,
- la constitution et la diffusion de protocoles communs des pratiques médicales et des stratégies thérapeutiques,
- la mise en place d'un dossier médical commun en déterminant la nature des informations transmises et les moyens de communication (messagerie sécurisée et télémédecine),
- la promotion du Réseau et l'information des professionnels de santé et des usagers sur son fonctionnement.

### **Modalités de désignation**

Les membres du Comité de Coordination seront élus lors de l'Assemblée Générale annuelle pour un an, avec tacite reconduction pendant trois ans. Chaque membre aura un suppléant.

### **Organisation et fonctionnement**

Le Comité de Coordination se réunit au moins 2 fois par an, ou sur proposition d'un des membres. Les réunions ont lieu si possible le troisième lundi du mois. Les convocations faisant mention de l'ordre du jour sont faites par courrier postal ou messagerie électronique au moins une semaine à l'avance. Les décisions seront prises à la majorité simple des membres présents. Pour remplir ses missions, le Comité de Coordination pourra s'appuyer sur des commissions ou des groupes de travail ad hoc (évaluation, communication, expertise, régulation, etc.), ainsi que sur des collaborateurs occasionnels ou permanents. En outre, des personnes compétentes au regard de l'ordre du jour, seront susceptibles d'être invitées à participer aux séances.

## II. LES PERMANENTS DE L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE DU RESEAU

### **Le coordinateur**

Le coordinateur est salarié de l'Association Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale et soumis au secret professionnel. Sous l'autorité du Comité de Coordination et du Bureau de l'Association, il remplit les missions suivantes :

- organisation de recueil de données,
- mise en place de l'évaluation,
- organisation de réunions thématiques,
- collaboration avec le Comité Médical de Coordination et les référents du Réseau,
- mise en place et coordination de groupes de travail thématiques,
- diffusion des protocoles élaborés,
- mise en place de directives annuelles,
- gestion de la vie associative,
- coordination de l'ensemble des professionnels du Réseau,
- promotion du Réseau au sein de l'Association et à l'extérieur.

### **La secrétaire**

**Elle est salariée de l'Association et assure entre autres choses :**

- la frappe des courriers, comptes-rendus, convocations et protocoles,
- la collecte des données issues du recueil d'information,
- la diffusion de l'information,
- la tenue de l'annuaire des professionnels.

## III. LES MOYENS DE COMMUNICATION

Les acteurs médicaux décident d'organiser le Réseau afin d'aboutir à la réalisation d'un dossier médical minimal commun informatisé de type AUDIPOG, à la transmission de dossiers, de fiches de liaison, et à la rédaction de protocoles de soins communs.

### **L'architecture de communication du Réseau comprend deux volets :**

- un volet messagerie et serveur d'information,
- un volet télémédecine qui contribuera à la réalisation de staffs.
- Visioconférences : Il est possible par le réseau Mégalis, soit par une liaison numéris.
- Un pont multisessions permet à au moins 4 sites de participer à une visioconférence.

### **Messagerie sécurisée :**

selon les modalités définies au niveau régional et/ou national. Un espace de stockage d'informations que les différents acteurs, répertoriés sur un annuaire, alimenteront et/ou consulteront.

## IV. FORMATION CONTINUE

Les membres du Réseau assurent leur formation continue conformément à leurs règles professionnelles, en s'appuyant, en particulier, sur les structures déjà en place et les nouveaux outils de communication.

## V. EVALUATION, SUIVI ET PROMOTION DU TRAVAIL EN RESEAU

### Bilan d'activité et rapport d'évaluation :

#### Bilan d'activité

Le Comité de Coordination présente chaque année à l'Assemblée Générale le rapport d'activité du Réseau sur la base des données recueillies conformément aux grilles préalablement établies. Chaque structure et établissement collecte chaque année les éléments ou données permettant son autoévaluation selon une grille établie par le Comité et conformément aux indicateurs de suivi de périnatalité. Ces grilles de recueil permettent de regrouper l'ensemble des éléments nécessaires à

Réseau et à son amélioration. Elles pourront être modifiées au cours du dernier trimestre de chaque année afin d'optimiser la qualité et l'exhaustivité du recueil. Une réunion annuelle commune permettra de valider les données recueillies et de prendre en compte leur évaluation pour la modification ou la création de protocoles communs.

#### Rapport d'évaluation

Un protocole d'évaluation quantitative et qualitative sera proposé afin de mesurer l'impact du Réseau en terme d'amélioration de la prise en charge et d'harmonisation des pratiques professionnelles au travers de l'examen du suivi des recommandations inscrites dans la charte du Réseau et de l'analyse des dysfonctionnements. Pour cela, un groupe de travail sera mis en place.

### Le bilan d'activité est adressé chaque année avant le premier mars :

- aux services de tutelle : Agence Régionale de Santé Bretagne (ARS)
- aux membres de l'Association à jour de leur cotisation (par mail ou par courrier postal),
- aux partenaires de l'Association, dont la PMI,
- en réponse à des demandes extérieures au Réseau après accord du Comité de Coordination.

### Le rapport d'évaluation est adressé aux mêmes personnalités tous les trois ans.

#### Etudes épidémiologiques

Les membres du Réseau et de l'Association s'engagent à participer collectivement aux enquêtes épidémiologiques pouvant être utiles à l'évaluation de la politique périnatale suivie et à fournir les éléments nécessaires à leur réalisation. Pour ce faire, ils désigneront un référent qui aura en charge la liaison avec le Comité de Coordination et le coordinateur en ce qui concerne la collecte des éléments ou données. Pour la réalisation du recueil de données, l'Association pourra recruter des personnels enquêteurs dans la limite de ses moyens financiers.

#### Protocoles

Les protocoles communs, élaborés au sein du Réseau, seront regroupés sous forme de livrets et /ou autres moyens de communications et diffusés aux différents partenaires du Réseau.

#### Propriété des travaux de l'Association

Le Comité de Coordination est systématiquement sollicité pour tous les travaux relatifs à l'activité du Réseau (protocole, évaluation, enquête épidémiologique, développement de logiciels ou de base de données...). Ces travaux restent la propriété de l'Association. Leur diffusion est faite avec l'accord du Comité de Coordination, puis soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale la plus proche.

## VI. INFORMATION DES USAGERS

Afin d'informer les usagers, le fonctionnement sera indiqué dans le livret d'accueil remis au sein des établissements. Par ailleurs chaque usager sera informé lors de la déclaration de grossesse de l'existence du Réseau et de l'adhésion au Réseau et à l'Association de toutes les maternités du Finistère.

## ANNEXES THEMATIQUES

Les annexes suivantes précisent les modalités de fonctionnement du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale, ainsi que les dispositions d'application des principes éthiques suscités :

ANNEXE 1 : STRUCTURES OBSTETRICO-PEDIATRIQUES

ANNEXE 2 : DIAGNOSTIC PRENATAL (DPN)

ANNEXE 3 : TRANSFERTS MATERNO-FCETAUX ET POST-NATALS

ANNEXE 4 : CONDITIONS DES TRANSFERTS

ANNEXE 5 : AIDE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)

ANNEXE 6 : LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

## ANNEXE 1

### STRUCTURES OBSTETRICO-PEDIATRIQUES

La graduation du niveau de soins repose sur une définition des Maternités en fonction des soins de néonatalogie qu'elles effectuent :

- Niveau I :** Maternité sans unité de néonatalogie individualisée.  
**Niveau II :** Maternité avec unité de néonatalogie individualisée fonctionnant 24H/24,  
- sans soins intensifs : 2A,  
- avec soins intensifs : 2B.  
**Niveau III :** Maternité avec unité de réanimation néonatale.

La définition des niveaux des maternités est fonction, en grande partie, des soins néonatalogiques qu'elles effectuent (CPP : Centre Périnatal de Proximité).

#### A - Niveaux de soins pédiatriques

**1** *Suivi des nouveau-nés bien portants à terme.*

**1b** *Réchauffement, contrôles glycémiques, alimentation orale difficile, gavages transitoires, photothérapie, médicaments per os ou par voie parentérale.*

**2a** *Perfusions et gavages prolongés, surveillance hémodynamique et respiratoire, oxygénothérapie à faible concentration, mise en condition si aggravation.*

**2b** *Soins intensifs : Alimentation parentérale par cathéter central, oxygénothérapie en ventilation spontanée, surveillance hémodynamique continue, PEP nasale après phase aiguë.*

**3** *Réanimation : Techniques d'assistance respiratoire et hémodynamique pour toutes les pathologies aiguës et chroniques.*

#### B - Structures obstétrico-pédiatriques

##### Type I :

Maternité au sein de laquelle sont pratiqués les soins néonataux de l'enfant ne présentant pas de problème particulier (c'est-à-dire de niveau 1) et qui ne possède pas d'unité de néonatalogie individualisée. Les décrets précisent toutefois que, pour privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affection sans gravité, ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie, peuvent être réalisés sur place.

**Ce qui laisse la possibilité aux centres de type I d'effectuer des soins pédiatriques de niveau 1b à condition :**

##### que le Centre dispose

- de la présence au minimum d'une sage-femme
- ou d'un infirmier spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie,

##### qu'un pédiatre

- assure une visite quotidienne,
- soit disponible 24 H sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité (c'est volontairement que ce délai qui avait été fixé initialement à un quart d'heure, n'a pas été précisément défini dans le texte du décret pour éviter la multiplication des procédures médico-légales abusives),

**et que l'anesthésiste** de garde de l'établissement soit en mesure d'assumer la prise en charge d'une détresse vitale du nouveau né, imprévisible dans le cadre du transfert anténatal, en liaison avec lui. Concernant les visites des pédiatres en maternité, il a été prévu, dans le cadre de la nomenclature, que le pédiatre puisse revoir si nécessaire l'enfant à plusieurs reprises au cours de son séjour et que les consultations soient remboursées par les Caisses d'Assurance Maladie. Une disposition bienvenue à l'heure où certaines Caisses refusent de rembourser plus d'une consultation.



## Type II :

Maternité qui possède une Unité de Néonatalogie permettant d'assurer 24H/24 la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance (niveau 2a ou 2b). La zone de préparation médicale avant transfert permet, si l'état de l'enfant l'exige, de le préparer pour un transport vers une unité spécialisée appropriée. Le matériel spécifique de cette zone comprend au moins un respirateur néonatal (art D 712-93).

On distingue 2 types de Centres de type II :

**Les IIA** qui comportent uniquement des lits de néonatalogie dans lesquels peuvent être pratiqués des soins pédiatriques de niveau 2a.

Pour ces Centres, les décrets prévoient :

- la présence d'un infirmier pour 6 nouveau-nés,
- la présence d'au moins un pédiatre sur le site de jour (ce pédiatre doit justifier d'une expérience attestée en néonatalogie) et sur le site ou en astreinte opérationnelle la nuit (obligation d'être joignable par téléphone et à même de se rendre sur place ; elle se distingue de l'astreinte de sécurité qui prévoit seulement l'obligation d'être joignable par téléphone).

Le décret précise également que pour éviter la séparation mère-enfant les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants ne nécessitant pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de la mère (formule " Kangourou ").

**Les IIB** qui peuvent disposer à la fois de lits de néonatalogie et de lits de soins intensifs où peuvent être pratiqués des soins de niveau 2b.

Pour les Centres qui ont des lits de SI, les textes sont plus exigeants sur la dotation en personnel

- un infirmier pour 3 nouveau-nés,
- présence permanente d'un pédiatre justifiant d'une expérience en néonatalogie.

## Type III :

Maternité disposant d'une Unité de Néonatalogie mais aussi d'une Unité de Réanimation Néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés d'enfants nés ou non dans l'Unité d'Obstétrique de l'établissement qui présentent des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation.

Les textes précisent que toute Unité de Réanimation Néonatale doit disposer :

- de la présence permanente d'au moins 1 infirmier pour 2 nouveau-nés,
- et d'au moins 1 pédiatre justifiant d'une expérience attestée en Réanimation néonatale.

Types de Centres obstétrico-pédiatriques	Niveaux de soins pédiatriques
Niveau I	1 + 1b
Niveau IIA	1 + 1b + 2a
B	1 + 1b + 2a + 2b
Niveau III	1 à 3

*Répartition schématique et pratique des différentes activités selon le type d'établissement*

Activités	Obstétrique	Anesthésie	Pédiatrie (niveaux de soins)	Réanimation adultes	Chirurgie enfants
Niveau I	+	+	1 +/- 1b	-	-
Niveau IIA	+	+	6 lits de néonatalogie 1 + 1b + 2a	-	-
Niveau IIB	++	++	6 lits de néonatalogie + 6 soins intensifs 1 + 1b + 2a + 2b	+/-	-
Niveau III	+++	+++	6 lits de néonatalogie + 3 de soins intensifs + 6 de réanimation 1 + 1b + 2a + 2b + 3	+	+/-

*Considérant ces éléments, chaque Etablissement déterminera avec précision et en concertation son niveau de compétence pour les soins néonataux selon la classification décrite ci-dessus.*

## ANNEXE 2

### CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL ET FŒTOPATHOLOGIE

Suite à la parution au Journal Officiel du 27 juin 1999, le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic prénatal, créé au sein du CHU de BREST, est agréé pour une période de 5 ans.

NOR : MESH9921689S

#### OBJECTIFS

Ce Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal a pour mission, conformément au décret n°97-578 du 28/05/1997 :

- de favoriser l'accès à l'ensemble des activités de Diagnostic Prénatal et d'assurer leur mise en œuvre en constituant un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patientes et des praticiens de la région,
- de donner des avis et des conseils en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic aux cliniciens et aux biologistes qui s'adressent à eux lorsqu'ils suspectent une affection de l'embryon ou du fœtus,
- d'organiser des actions de formation théorique et pratique destinées aux praticiens concernés par le Diagnostic Prénatal des diverses affections de l'embryon et du fœtus.

#### PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement du Centre est basé sur une activité collégiale associant principalement obstétriciens, généticiens cliniciens, échographistes et néonatalogistes mais aussi l'ensemble des spécialistes concernés par l'état de santé de la mère et du nouveau-né. Leur avis ponctuel sera sollicité en fonction des dossiers présentés.

La coordination est assurée par un médecin coordinateur élu pour une durée de deux ans.

Une réunion hebdomadaire a lieu le jeudi à 12 heures 10, dans la salle d'enseignement du Service de Gynécologie-Obstétrique équipée en matériel de visio-conférence (n°82). Un accès à ces réunions par télé-médecine et visio-transmission est possible. Ainsi le groupe multidisciplinaire d'experts en Diagnostic Prénatal peut être consulté directement par tous les membres du Réseau. En dehors des heures ouvrées, un répondeur orientera les consultations nécessitant un avis obligatoire du Centre multidisciplinaire vers un des membres référents qui puisse les recevoir en urgence.

Lors de ces réunions, les dossiers seront présentés et discutés, qu'il s'agisse de dossiers provenant du CHU, d'établissements publics ou privés, d'antennes de soins et/ou de médecins libéraux. Ces dossiers seront soumis, soit par les patients eux-mêmes, soit par leur médecin traitant qui les aura averti et leur aura demandé leur consentement écrit.

Le Centre, au vu du dossier, proposera alors des investigations complémentaires s'il y a lieu d'étayer ou de confirmer le diagnostic et également les éventuelles possibilités de prise en charge thérapeutique.

Les risques iatrogènes seront expliqués aux patients et des formulaires d'information pourront leur être remis sur les risques potentiels des différentes investigations. Une réponse écrite sera remise en main propre à la patiente et /ou transmise au médecin de son choix.

Un dossier regroupant l'ensemble des documents relatifs à la grossesse sera constitué et archivé au niveau du secrétariat spécifique du Centre pluridisciplinaire qui centralisera l'ensemble des demandes, des avis émis et des suivis de grossesse.

#### DÉPISTAGE DES MALFORMATIONS

Le dépistage d'une malformation amènera :

- une confirmation échographique par un échographiste de référence conforme au choix des patients,
- une consultation de génétique,
- une présentation et discussion du dossier en équipe multidisciplinaire afin de préciser au mieux les différents examens à proposer, leur chronologie et la conduite à adopter en fonction des résultats.

## LES INTERRUPTIONS MÉDICALES DE GROSSESSE (IMG)

Toute décision d'accès à une demande d'interruption de grossesse pour anomalies ou malformations fœtales ne sera prise en compte qu'après :

- une consultation de génétique,
- une consultation du Centre qui s'engage, de plus, à respecter la liberté de décision du couple.

Ces demandes peuvent être sollicitées par les patientes, à toute époque, en cas de forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Elles nécessitent la signature de deux membres de l'équipe pluridisciplinaire du Centre de Diagnostic Prénatal après avis consultatif de ce Centre.

Après chaque IMG, l'examen fœto-placentaire s'effectue selon un protocole spécifique codifié :

- examen morphologique externe par le généticien clinicien,
- photographies (corps entiers et segmentaires) servant de référence lors des conseils génétiques,
- radiographies du squelette,
- examens anatomopathologiques par un médecin expérimenté en fœtopathologie, après accord écrit parental. Ces examens, à visée diagnostique avec examen des organes profonds, permettent de faire le bilan des lésions fœtales et participent grandement au diagnostic syndromique indispensable au conseil génétique,
- examen spécifique de l'encéphale après surfixation au formol zinc,
- prélèvements à visée bactériologique, virologique, cytogénétique, biochimique ou moléculaire.

La discussion du lieu des IMG tardives devra être clairement établie en fonction du désir du couple et des possibilités locales. Un entretien ou un soutien psychologique seront proposés.

Un certain nombre de malformations justifie une prise en charge en maternité de niveau III :

- les anomalies de paroi abdominale,
- les anasarques foeto-placentaires,
- les cardiopathies et troubles du rythme grave après avis d'un cardio-pédiatre,
- les pathologies pulmonaires sévères susceptibles de décompenser en période néonatale.

## ANNEXE 3

### TRANSFERTS MATERNO-FOÉTAUX (OU ANTE-NATALS) ET POST-NATALS

Les transferts des enfants comportant toujours une part de danger, même réalisés dans de bonnes conditions, le transfert in utero est la priorité sauf aléas et urgences.

#### A - TRANSFERTS IN UTERO

##### I. INDICATIONS

L'objectif poursuivi consiste à adapter le niveau de soins offert au couple mère-enfant à la gravité de la situation de la mère et/ou de l'enfant. Cette réalité de terrain existe déjà de manière informelle et constitue les bases fondamentales du Réseau.

##### 1 - Les Établissements de niveau I et II s'engagent à transférer vers une maternité de niveau III

- la grande prématurité inférieure à 32 SA, dès la prise en charge pédiatrique,
- les ruptures de la poche des eaux,
- les menaces d'accouchements prématurés graves et/ou difficilement contrôlés,
- les pathologies maternelles :
  - hypertensions artérielles gravidiques précoces,
  - hypertensions artérielles sévères résistantes au traitement,
  - pathologie maternelle grave non obstétricale...
- les retards de croissance intra-utérin (RCIU) sévères nécessitant une prise en charge de l'enfant en réanimation néonatale,
- les malformations fœtales graves mettant en jeu le pronostic vital de l'enfant et/ou nécessitant une prise en charge chirurgicale de l'enfant à la naissance.

2 - Les Établissements de niveau I s'engagent à transférer prioritairement vers un Centre de niveau II, suivant la proximité géographique et la non séparation de la mère et du nouveau-né, toute pathologie nécessitant la prise en charge de l'enfant en niveau II.

3 - La maternité de niveau III s'engage à organiser le transfert materno-foetal vers la structure la plus appropriée en cas de pathologie exceptionnelle justifiant une prise en charge immédiate du nouveau-né ne pouvant être assurée au CHU de BREST.

Des fiches type de transferts, selon la pathologie, devront être établies en concertation avec les différents membres du Réseau.

##### II. CONTRE-INDICATIONS AU TRANSFERT IN-UTERO

Ce sont les situations où l'extraction de l'enfant devient une urgence absolue primant sur la notion de transfert in-utero quelque soit le terme :

- accouchements inéluctables ou imminents,
- urgences obstétricales type hématome rétro placentaire, crise d'éclampsie, souffrance fœtale aiguë majeure et situation de sauvetage maternel.

#### B - TRANSFERTS POST-NATALS

##### Transferts post-natals des nouveau-nés

Ils concernent les déstabilisations de la santé de l'enfant dans les jours suivant la naissance et les contre-indications aux transferts in utero des prématurés dépistés.

**Chaque Établissement de niveau I et II** s'engage à transférer vers une structure de niveau plus élevé tout nouveau-né exigeant des compétences ne relevant pas de son niveau de soins. Si les soins sont de courte durée, la structure d'accueil s'engage à réadresser le nouveau-né à son centre d'origine (maternité ou néonatalogie) si le niveau de soin y devient compatible avec l'état de santé du nouveau-né.

**Le Centre de niveau III** s'engage à transférer tout nouveau-né vers la structure la plus adéquate en cas de pathologie justifiant des compétences autres que celles proposées au CHU de BREST (chirurgie cardiaque, neurochirurgie...).

### **Transferts post-natals des mères**

a) Transferts pour causes maternelles (situations maternelles nécessitant une prise en charge en réanimation ou en unité spécialisée). Ceci concerne les femmes ayant décompensé après l'accouchement (hémorragie de la délivrance ou dont l'état à la maternité a nécessité une extraction urgente (éclampsie, HRP...).

b) Transferts des mères dont le nouveau-né a été transféré. Les modalités de transferts des mères dont le(s) nouveau-né(s) ont été transférés dans une autre structure seront à étudier cas par cas, dans la limite des places disponibles à la maternité de niveau III et dans les mêmes conditions de durée de séjour qu'une patiente ayant accouché dans cette maternité.

### **C - LES RETOURS**

Le retour de la parturiente ou du nouveau-né vers l'établissement d'origine se fait par un mode de transport non obligatoirement médicalisé. Les modalités de transport pour les retours se décideront en fonction de l'état de santé et du niveau de soins de la structure d'accueil et avec le consentement des parents.

#### **Le retour des mères n'ayant pas accouché**

Les indications de retour vers le lieu d'origine visent particulièrement les parturientes qui ont été transférées pour une menace d'accouchement prématuré ou une pathologie gravidique équilibrée.

Le retour de la mère d'une maternité de niveau III vers le lieu de départ est possible après 32 SA si ce Centre possède un niveau II et que la situation clinique est stable. En cas de niveau I, ce retour sera possible vers un niveau II plus proche du domicile de la famille en accord avec l'obstétricien responsable du transfert initial. Le retour de la mère d'une maternité de niveau II vers la maternité de niveau I de départ est possible après concertation dès que la situation clinique est stable. Chaque retour se fera avec le consentement des parents et avec l'accord des obstétriciens et des pédiatres de la structure finale.

### **D - ACCOUCHEMENTS INOPINES**

En cas d'appel pour accouchement inopiné, le SAMU ou le SMUR s'engage à transférer la mère et l'enfant vers la structure souhaitée par la famille dans le respect des conditions correspondant à la situation clinique et au niveau de soins nécessaires pour la mère et l'enfant.

## ANNEXE 4

### CONDITIONS DES TRANSFERTS

Il s'agit des conditions de transferts ante et post-natals de la mère et/ou du ou des nouveau-nés. Les conditions de transferts se feront en fonction de l'état de santé de la mère ou de l'enfant (transports médicalisés ou non), des moyens affectés aux SMUR néonataux et du délai d'intervention.

D'une façon générale, en sachant qu'un délai entre le transfert et l'accouchement améliore le pronostic, le transfert sera réalisé dès que le diagnostic imposant ce transfert est établi, en privilégiant la corticothérapie maternelle dont on connaît l'impact sur la prise en charge et le devenir des grands prématurés.

#### I - Les moyens possibles suivant la situation

Médicalisés : SAMU, SMUR dont le SMUR néonatal.

Non médicalisés : ambulance avec ou sans accompagnateurs médicaux, pompiers, voitures particulières ou taxis.

**II - Lors de tout transfert** se posera la décision de médicalisation ou non du transport ; sera privilégié le moyen le plus rapide et le plus sûr correspondant au niveau de prise en charge de la maternité d'origine et à la situation clinique. La place du SAMU dans la logistique est à définir en collaboration avec les Centres. Les différents partenaires dont le SAMU 29 et les SMUR doivent s'engager à collaborer pour une meilleure efficacité et sécurité.

#### III - Trois situations peuvent être distinguées :

##### A - LES SITUATIONS URGENTES NECESSITANT UNE MEDICALISATION DES TRANSFERTS :

- 1 - Il résulte d'une entente préalable entre médecin demandeur et médecin receveur.
- 2 - Le médecin demandeur contacte ensuite le médecin régulateur hospitalier du SAMU (UF Déchocage) pour discuter de l'accompagnement médical ou non du patient.
- 3 - Il transmet toutes les données médico-chirurgicales justifiant la demande de médicalisation ainsi que le protocole de prise en charge et les traitements en cours, la nécessité de couveuse par exemple.
- 4 - Il précise le service auquel est adressé le patient ainsi que le nom du médecin référent.
- 5 - Le SAMU demande confirmation, au service receveur, de son accord concernant l'admission de ce patient.
- 6 - Le médecin régulateur du SAMU contacte le médecin d'astreinte du SMUR secondaire (néonatal ou adulte en fonction de l'indication du SAMU). En attendant l'arrivée de ce dernier, il fait préparer l'équipe de transfert secondaire si celle-ci est disponible (possibilité de transferts simultanés). Elle est obligatoirement composée (normes du SROS) d'un médecin, d'une IADE et d'un ambulancier. Cette équipe peut être modifiée en fonction du degré d'urgence et/ou de l'activité du SAMU / SMUR.
- 7 - De son côté, le médecin demandeur conditionne le patient (enfant – mère, ou mère/enfant) pour son transfert en fonction de sa pathologie (bilans faits et communiqués selon les protocoles et les fiches de transferts établis par le Réseau).
- 8 - Etant donné les délais possibles de prise en charge, la nécessité de mettre le nouveau-né sous ventilation artificielle justifie l'acquisition d'un respirateur nourrisson.
- 9 - La présence du médecin demandeur est impérative quel que soit l'horaire d'arrivée de l'équipe dans la mesure où une demande de médicalisation de transfert a été formulée.
- 10 - Le dossier médical, ou son double, est remis au médecin transporteur.

### Coordonnées d'appel du niveau III :

- Obstétricien titulaire de garde au niveau III : bip 815, téléphone 02 98 22 31 42
- Réanimation pédiatrique : 02.98.22.34.32
- Néonatalogie : 02 98 22 33 09 et/ou 02 98 22 32 53

### PROCOLE DE TRANSFERT MEDICALISE INTER-ETABLISSEMENT DANS LE CADRE DU RESEAU PERINATALITE

Principe : toute demande de transfert médicalisé nécessite un accord entre médecins demandeurs et receveurs quelque soient les établissements concernés.

#### *Médecin demandeur*

SAMU – Médecin régulateur (déchocage)

---

**Confirmation du transfert  
auprès du service receveur**

**Appel :**

- Astreinte néonatale si <28,
- Astreinte SAMU dans les autres cas.

**Préparation de l'équipe**

### **B - LES SITUATIONS CLINIQUEMENT STABLES**

L'obstétricien prendra alors contact avec le responsable de l'Unité de Grossesses Pathologiques ou l'obstétricien titulaire de garde et le pédiatre avec l'unité de Néonatalogie. Les modalités de transferts pourront alors se faire dans certains cas par ambulance non médicalisée ou médicalisée suivant la situation.

### **C - LES TRANSFERTS POUR PATHOLOGIES MALFORMATIVES auront été envisagés en annexe 2.**

Le Réseau s'engage à proposer aux personnes assurant les transferts une formation en obstétrique et en néonatalogie et à établir des règles de transport selon la pathologie.

Un travail auprès des Caisses d'Assurance Maladie devra être réalisé afin d'aborder, avec précision, les conditions de prise en charge.

## ANNEXE 5

### L'AIDE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)

La réglementation et les contraintes de fonctionnement des Centres d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) ont été établies par la parution de la loi de bioéthique de juillet 1994, de ses décrets d'application et de l'arrêté du 12 janvier 1999 établissant le Guide Des Bonnes Pratiques Cliniques et Biologiques de l'AMP. Chaque Centre agréé fournit une fois par an un rapport d'activité au Ministère.

#### Les Centres agréés

##### Secteur 1

Deux établissements (le CHU de BREST et la Clinique PASTEUR) ont l'agrément de l'ensemble des activités possibles d'AMP (Fécondation In Vitro FIV, micro-injection ou ICSI, Insémination Intra-utérine IAIU) sauf les recueils de gamètes (sperme et ovocytes) en vue de don.

Le laboratoire Glasgow a l'agrément de spermiologie (IAIU).

Depuis septembre 1994, un travail en réseau existe entre le CHU de BREST et le CH de LORIENT pour les fécondations in vitro. Ce travail est officialisé par une convention entre les deux établissements ; le CHU assure les actes techniques ne pouvant être réalisés à LORIENT qui ne possède pas l'agrément pour l'ICSI (micro-injection). Des réunions médicales avec examen des dossiers ont lieu régulièrement.

##### Secteur 2

Le laboratoire de biologie du CHIC de Quimper et le laboratoire d'analyses médicales des Doves ont l'agrément de spermiologie (IAIU)

Les besoins en matière de dons d'ovocytes et d'embryons comme d'autres techniques à venir restent à envisager sur l'ensemble du département.

#### Dans le cadre du Réseau de Périnatalité

Des réunions multidisciplinaires entre les différents Centres sont proposées permettant, en particulier, la concertation médicale des dossiers difficiles tant scientifiques que éthiques. Ces réunions peuvent également permettre de donner un avis d'experts aux gynécologues du secteur.

Une fois par an, après avoir colligé les résultats pour le Ministère, une mise en commun des résultats des grossesses et de leur devenir permettra d'évaluer sur le secteur :

- les naissances après Insémination Artificielle Intra-Utérine -IAIU-, Fécondation In Vitro -FIV- et Injection du Sperme du Conjoint en Intracytoplasmique -ICSI-, (ultérieurement des inductions d'ovulation),
- les complications obstétricales et néonatales de ces grossesses ainsi que leur fréquence par rapport au reste des naissances.



## ANNEXE 6

### LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Le Service départemental de PMI est un service du Conseil Général placé sous la responsabilité de son Président et géré par un médecin. Il est chargé d'exercer les missions dévolues au département en matière de Protection et de Promotion de la Santé de la Famille et de l'Enfance et définies par la Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 et le Code de la Santé Publique.

Le Décret n° 92-785 du 6 août 1992 précise son organisation et ses activités. Entre autres, il doit mettre en œuvre, directement ou par convention, les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales individuelles ou collectives de promotion de la Santé Maternelle et Infantile. La répartition géographique de ces consultations et actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et, en particulier, de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Il participe aussi à la mission de protection de l'enfance en prenant part aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Le Service départemental de PMI s'attache à prendre en compte à travers ses activités de prévention, la santé globale des parents et des enfants dans ses composantes physique, mentale et sociale. Pour ce faire, il travaille en complémentarité notamment avec les services de soins, les services sociaux et les services de pédo-psychiatrie.

Les activités de PMI sont organisées sur une base territoriale, au plus près des usagers, sur l'ensemble du département à partir des Centres Départementaux d'Action Sociale qui assurent également les missions du Conseil Général dans le domaine de l'Action Sociale (accompagnement social, protection de l'enfance, insertion...). La cartographie, en annexe, précise l'organisation territoriale sur le département et les effectifs. Dans chaque territoire d'action sociale, les activités de PMI sont placées sous la responsabilité d'un médecin : le délégué thématique santé (DTS).

Les personnels : médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières sont une composante des équipes pluri-professionnelles des territoires d'Action Sociale du Conseil Général. Cette proximité facilite un travail en complémentarité avec les autres actions du Conseil Général et participe à la prise en charge globale des familles. Par ailleurs, une convention est passée entre le Conseil Général et les services de pédopsychiatrie de BREST et QUIMPER pour un appui aux personnels chargés de la PMI et de la Protection de l'Enfance.

Les Centres de PMI avec les personnels qualifiés de ce service (médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières) sont partie intégrante du Réseau de Périnatalité. Ils sont une interface avec les équipes sociales (assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale, éducatrices spécialisées).

Par ses actions de terrain axées sur la prévention et l'accompagnement des familles, le Service de PMI poursuit et élargit le travail de surveillance des grossesses et des enfants et de prise en charge des pathologies assurée par les professionnels hospitaliers ou libéraux.

Les professionnels de PMI proposent à toutes les familles aide et soutien pendant la grossesse et après la naissance par des visites à domicile, consultations ou autres actions collectives. Ces activités peuvent toucher toutes les femmes enceintes et les enfants mais elles doivent intervenir prioritairement auprès des populations vulnérables ou dans les quartiers défavorisés. Elles sont importantes dans l'accompagnement des parents et des enfants et dans le soutien à la parentalité.

Ces activités jouent donc un rôle essentiel pour le dépistage et le suivi des situations à risques : familles socialement défavorisées, parents atteints de pathologies psychiatriques ou médicales nécessitant une prise en charge prolongée, grossesses chez de très jeunes mères ou grossesses rapprochées, antécédents de décès prénatal ou infantile, de handicap ou de grande prématurité.

Les professionnels de PMI travaillent en étroite collaboration et en complémentarité avec les établissements hospitaliers publics et privés, les médecins libéraux et tous les signataires de la charte. Les partenaires tiendront cependant compte du fait que les activités du Service de PMI ne sont pas superposables à celles d'une hospitalisation à domicile (HAD).

Aussi, il est indispensable de poser les principes de cette collaboration :

- Les établissements s'engagent à améliorer l'information des familles sur le rôle et le fonctionnement de la PMI. Pour ce faire, le Service de PMI transmet aux établissements tous les documents nécessaires : plaquettes, cartographies, nom des personnels et s'assure de leur mise à jour.
- Au sein des établissements seront développées transmissions et complémentarités entre les services sociaux des établissements, quand ils existent, et les services sociaux du Conseil Général.
- Les professionnels de PMI interviennent dans les familles avec l'accord de celles-ci. Ils seront donc introduits par les services hospitaliers privés et/ou publics et praticiens libéraux afin de mener à bien leur mission. En retour, ils informeront le médecin des difficultés rencontrées dans la prise en charge de la femme enceinte et de l'enfant et, plus globalement, des résultats de leurs interventions dans les conditions définies avec lui et/ou le service.
- L'organisation du Service de PMI, et en particulier la moindre disponibilité des professionnels en période de congés annuels, pourra avoir des incidences sur la fréquence de certaines interventions. Elles pourraient être complétées en jouant la complémentarité avec les services hospitaliers, les centres périnataux de proximité et le secteur libéral (sages-femmes et médecins).
- Les professionnels de PMI, par leurs connaissances de l'action sociale du Conseil Général et des problématiques qui s'y affèrent, apportent aux équipes hospitalières une ouverture vers les autres missions du Conseil Général, en particulier la protection de l'enfance. Une organisation sera mise en place pour prendre en compte les situations complexes (problèmes sociaux, psychiatriques) qui nécessiteront une décision dans ce domaine. Elle s'appuiera, en particulier, sur des synthèses faites au cas par cas regroupant des membres de l'équipe hospitalière, le médecin de PMI, les sages-femmes, les puéricultrices.
- Des formations communes pourront s'organiser. Les personnels de PMI et des établissements de soins pourront effectuer des stages tant en PMI que dans les établissements publics ou privés.

## **ACTIONS PARTICULIERES**

### **A - Prénatal**

A la demande des gynécologues obstétriciens, et avec leur appui technique, les sages-femmes du Service de PMI peuvent suivre :

- 1 - des grossesses pathologiques à risque modéré ne nécessitant pas plus de 2 visites à domicile par semaine. Elles seront assurées prioritairement en zones rurales éloignées des plateaux techniques. Des monitorings fœtaux pourront être effectués. En l'absence du gynécologue de la femme, les sages-femmes pourront bénéficier de l'avis du gynécologue de garde dans l'établissement public où la patiente doit accoucher.
- 2 - des grossesses à risque médico-social :
  - femmes très jeunes (mineures) ou âgées,
  - grandes multipares,
  - déclarations tardives de grossesse,
  - conduites addictives (alcool, tabac, drogues, ...),
  - problèmes psychiatriques,
  - femmes seules,
  - grossesses rapprochées et/ou multiples,
  - SDF, femmes en situation irrégulière, en attente de décision judiciaire,
  - femmes du voyage,
  - violences conjugales,
  - antécédents de dépression du post-partum.

Les sages-femmes du Service de PMI assurent des préparations à la naissance en priorité dans les zones rurales et pour les jeunes femmes en difficulté. La couverture des zones géographiques tiendra compte de la complémentarité avec les sages-femmes libérales et les services de maternité.

Pendant la grossesse, le repérage et l'organisation de la prise en charge des situations à risque social se feront au cours d'une réunion périodique médicale et paramédicale.

Compte tenu de la diminution possible du nombre d'obstétriciens, le Service de PMI s'engage à étudier la possibilité de mettre en place des consultations prénatales préventives.

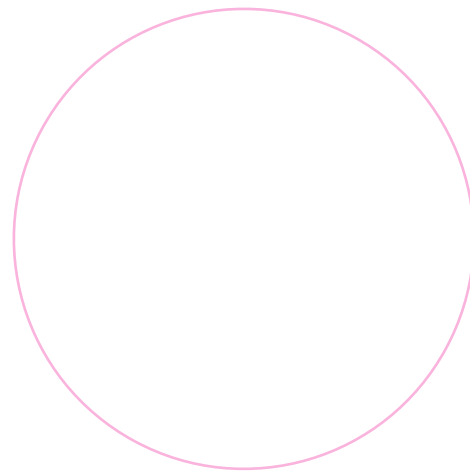
## **B – Postnatal**

Les services hospitaliers publics et privés sont informés, autant que nécessaire, des situations connues en prénatal qui pourraient nécessiter une attention particulière. Une collaboration s'établira entre les personnels de PMI et ces mêmes services pour prendre en compte les spécificités de ces situations ainsi que celles qui auront pu être repérées au cours du séjour hospitalier. En cas de nécessité, les puéricultrices et médecins de PMI pourront être contactés directement par téléphone et les coordonnées des professionnels données aux parents.

Pour les situations non urgentes, les puéricultrices de PMI s'organisent en désignant une puéricultrice référente pour venir chaque semaine dans les maternités et services de pédiatrie, prendre les fiches de liaison et s'informer des particularités des suivis souhaités.

En cas de problèmes sociaux ou pathologiques importants, les puéricultrices seront informées individuellement de la situation par le service demandeur. Elles pourront, si nécessaire, être présentées à la famille par le service. Ces situations pourront donner lieu à des synthèses au sein des services avec, éventuellement, la participation des personnels du Conseil Général responsables de la Protection de l'Enfance.





Association  
Réseau de Périnatalité  
de Bretagne Occidentale

[reseauperinat.bo@wanadoo.fr](mailto:reseauperinat.bo@wanadoo.fr)

65 Rue Jean Macé - 29200 Brest  
Téléphone : 02 98 33 31 70  
Télécopie : 02 98 43 49 79