



PROTOCOLES TRANSFERTS NEONATAL Hors Evasan

Référence :

- Recommandations HAS femmes enceintes ayant une complication au cours de grossesse : Transferts en urgence entre les établissements de santé (Novembre 2012)

- Circulaire du DGOS/01/2005/67 du 07 février 2005

Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres. SASH0905241A.

Créé le : 05 Octobre 2016

Version 1

Rédacteurs :

Commission protocoles
du Réseau Santé
Périnatal Matnik

Vérificateur :

J. PIGNOL

Approbateurs :

H. BATAILLE,
I. NARHI,
E. DUPUIS

Pages : 6

PREAMBULE

Chaque réseau a pour objectif de mettre en place les procédures d'organisation des transferts d'où l'intérêt pour le Réseau Santé Périnatal Matnik de rédiger un protocole à partir des références ci-dessus citées et des dispositifs disponibles sur le département.

L'organisation des services périnataux de notre département s'articule autour d'une maternité de type III et de 3 maternités de type I.

Niveau III : CHU Maison de la Mère de la Femme et de l'Enfant.

Niveau I : Maternité de trinité qui dispose d'une structure pédiatrique
Clinique Saint-Paul,
Clinique Sainte-Marie.

La mise en œuvre d'un transfert nécessite deux niveaux décisionnels : d'une part médicale et d'autre part organisationnel en lien avec le SAMU.

TRANSFERTS NEONATAUX

Le transfert est motivé par une pathologie grave périnatale mettant ou non en cause le pronostic vital. Le nouveau-né est alors adressé en fonction des critères définissant le niveau de soins où il doit être accueilli. Le transfert in utéro est préférable au transfert post natal.

➤ Niveau médical

Indications

Nouveau- nés :

- Nés d'accouchement hors maternité en cas AG 35 SA et/ou grossesse repérée à risque provenant de maternité ou ils ne peuvent bénéficier sur place des soins nécessaires et qui doivent être transférés en unités spécialisées (réanimation, soins intensifs, bloc opératoire, chirurgie...)
- Prématuré (AG≤32 SA) ayant bénéficié d'une assistance santé natale et dont la mère n'a pas eu le temps d'être transférée vers la MFME (transfert maternel impossible ou contre indiqué)
- Admis aux urgences pédiatriques ou hospitalisés dans les services de pédiatrie et devant être transféré vers une unité de réanimation
- Déjà hospitalisé dans une unité de réanimation ou un autre service spécialisé (soins intensifs) encore dépendant d'une assistance respiratoire et devant subir sur le même site ou dans un autre hôpital, une exploration spécialisée.

Contre-indication

- Etat instable
- Les enfants à la limite de la viabilité relevant de soins palliatifs

Information aux parents

Avant de procéder au transfert néonatal, l'information des parents est indispensable. Il est recommandé aux professionnels de santé d'obtenir le consentement éclairé des parents pour le transfert néonatal comme pour tout acte de soin.

Chaque professionnel impliqué dans le transfert informe des éléments relevant de son domaine de compétences de manière coordonnée avec les autres intervenants, en les situant dans la démarche générale de soins.

L'information porte sur :

- Le motif du transfert qu'il soit d'ordre médical ou organisationnel
- Le lieu de transfert
- Le déroulement et l'organisation des soins envisagés et l'existence ou non d'une alternative ; leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence
- Les bénéfices escomptés ; les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles
- Le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées
- Le mode de transport (type de vecteur) prévu pour le transfert
- Les renseignements sur l'équipe de professionnels de santé qui prend en charge l'enfant

- Les coordonnées de l'équipe : adresse, numéro de téléphone, site Internet de l'établissement
- Les différentes options d'hébergements proches de l'établissement où sera hospitalisée l'enfant et possibles pour l'entourage.
- La possibilité d'un retransfert vers la maternité d'origine ou vers une autre maternité du réseau adaptée à l'état de l'enfant au fil de l'évolution

L'information doit être adaptée à la réceptivité des parents. Dans la mesure du possible, il faut s'assurer de leur bonne compréhension des enjeux.

L'information doit être transmise avec humanité, par dialogue singulier en face à face, en expliquant en termes simples et mesurés et avec empathie

Il est important d'avoir un comportement attentionné de nature à diminuer la violence de la situation et du niveau d'angoisse.

Il est recommandé de prendre en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle.

➤ Niveau organisationnel

1. Le pédiatre de l'unité de départ du nouveau - né, appelle le médecin régulateur du SAMU 972 afin de décider ensemble du lieu de transfert.
2. Le médecin régulateur appelle le médecin PRC (réanimateur pédiatrique d'astreinte opérationnelle) pour un appui spécialisé. Une conversation à trois avec le médecin demandeur est privilégiée.

Conjointement sont déterminés :

- Le degré d'urgence
 - L'orientation du patient et le moment du transfert
 - La mise en condition nécessaire
 - Le vecteur de transfert
 - Et le type de médicalisation du transfert
3. Le médecin régulateur du SAMU organise le transport par SMUR ou ambulance
 4. Le SAMU réalise la mise en condition de l'enfant et assure la continuité des soins le cas échéant.
 5. L'ensemble du dossier est transmis à l'équipe de l'établissement receveur (dossier de transfert et bon de transport)

NB : Le service à l'origine du transfert contacte, dans les 48 heures, le service « receveur » afin d'obtenir des nouvelles sur l'état de santé de l'enfant et d'évaluer les conditions d'un rapprochement mère-enfant

Le service receveur adresse un compte rendu d'hospitalisation à l'établissement d'origine.

Le transport

Le vecteur de transfert est décidé lors de la conversation à trois

Le choix du transport s'appuie sur les indications de la circulaire DHOS/O1 n° 2005-67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants

Liste indicative et non exhaustive de cas relevant plus particulièrement d'un :

Type de transport	Indications
Transport sanitaire ambulancier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouveau-nés à terme ou proche du terme et de poids de naissance > 2500 g présentant une situation clinique stable et ne posant aucun problème de régulation thermique (n'ayant pas besoin d'incubateur). ▪ Transfert post natal mère/enfant en l'absence de pathologie identifiée (pour manque de lits, par exemple) ▪ De nouveau-nés présentant un retard de croissance intra-utérin modéré ou un ictère bien toléré et/ou nécessitent un examen complémentaire semi urgent dans un autre site ▪ Hospitalisation de nouveau - nés retournant auprès de leur mère en maternité ou dans un autre établissement pour rapprochement familial après un séjour en milieu spécialisé.
Transport infirmier inter hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouveau-nés d'âge gestationnel 33 semaines et de poids de naissance $\leq 1\ 500$ grammes. Il s'agit le plus souvent de nouveau-nés, transférés en incubateur et présentant : ▪ Un retard de croissance intra-utérin (RCIU) peu sévère ▪ Une suspicion d'infection materno-foetale, sans troubles respiratoires ou hémodynamique ▪ Une malformation sans conséquence clinique ▪ Un ictère intense (mais bien toléré) ou nécessitant un examen complémentaire dans un autre site d'hospitalisation.
SMUR spécialisé ou bénéficiant du concours de pédiatres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nouveau-nés nés d'accouchement hors maternité en cas AG < 35 SA et/ou grossesse repérée à risque provenant de maternité où ils ne peuvent bénéficier sur place des soins nécessaires et qui doivent être transférés en unité spécialisée (réanimation, soins intensifs, bloc opératoire, chirurgie...). ▪ Prématuro (AG ≤ 32 SA) ayant bénéficié d'une « assistance anténatale »M et dont la mère n'a pu être transférée avant la naissance dans un centre périnatal de type III, ou IIb (transfert maternel impossible ou contre-indiqué). ▪ Nouveau-nés Admis aux urgences pédiatriques ou hospitalisés dans les services de pédiatrie et devant être transférés vers une unité de réanimation. ▪ Nouveau-nés déjà hospitalisés dans une unité de réanimation (ou autre service spécialisé) encore dépendant d'une assistance respiratoire et devant subir, sur le même site ou dans un autre hôpital, une exploration spécialisée

Les spécificités des transports de nouveau-né, de nourrissons et d'enfant imposent des exigences de sécurité renforcées liées à la fragilité des patients ainsi transportés.

Matériels homologués

Les matériels de retenue-nacelle et filet de protection utilisés sont conformes aux normes en vigueur et les moyens de fixation de sécurité conformes au code de la route.

Les matériels recommandés sont établis dans l'annexe 4 de la circulaire du 7 février 2005 et l'arrêté du 10 février

A ces conditions il est recommandé d'ajouter les conditions de formation des professionnels et la mise en place de protocoles de désinfection

Le retransfert

Le service receveur propose aux parents dès que l'état de l'enfant s'améliore et si l'âge gestationnel le permet une prise en charge au niveau I selon les principes de transfert

Le rapprochement mère-enfant est organisé le cas échéant en fonction des possibilités de l'établissement d'accueil

Incidents lors du transfert

Pour améliorer l'organisation et le déroulement des transferts, une fiche de signalement des événements indésirables sera complétée par la personne ayant constaté l'incident et retournée au réseau périnatal

Elle sera analysée par la coordination du Réseau qui vous recontactera si besoin pour plus de précisions.

Après analyse, ces fiches sont totalement anonymisées (éléments directement ou indirectement nominatif du patient, des praticiens, des établissements).

Le bilan des incidents est fait sur les données anonymes dans les rencontres de Revue de Mortalité Morbidité, ou les groupes d'analyses de pratique POZ'K du Réseau Périnatal Matnik.

Evaluation

Evaluation de l'activité transfert

Déclaration des événements indésirables

RMM de chaque établissement

Annexe 1 : Organisation des transferts postnataux

