

Chapitre 1

Régionalisation des soins périnataux

P. Truffert, A. Mitha

La régionalisation des soins périnataux vise à optimiser l'utilisation des ressources disponibles autour de la grossesse, de la naissance et de la période postnatale. Elle cherche à assurer l'adéquation entre la sévérité des pathologies rencontrées et les moyens mis en œuvre pour les dépister, les surveiller et les prendre en charge. La notion de régionalisation des soins est apparue au début des années 1970 aux États-Unis et au Canada. Les notions qu'elle recouvrait ont été importées en France au milieu des années 1990. Ces notions ont été intégrées dans les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998. La régionalisation a ensuite été intégrée dans une organisation en réseaux de soins périnataux.

Régionalisation périnatale : définitions

La régionalisation des soins périnataux fait intervenir trois concepts.

Niveaux de soins

L'idée des soins périnataux repose sur le fait de faire suivre une grossesse, d'en assurer l'accouchement et de prendre en charge la mère et le nouveau-né dans une structure de soins dont le niveau de technicité correspond au niveau de risque ou de sévérité prévisible ou encouru en fonction de la présence ou non de pathologies. Pour cela les décrets de 1998 définissent les niveaux, ou types, suivants.

- **Maternité de type 1** : il s'agit d'une maternité sans unité de néonatalogie. Ce sont des grossesses

à bas risque (les plus fréquentes) qui y sont prises en charge. Les soins courants peuvent être assurés chez le nouveau-né.

- **Maternité de type 2A** : il s'agit d'une maternité avec une unité pouvant prendre en charge des pathologies simples du nouveau-né. Il s'agit souvent d'unités de néonatalogie intégrées à un service de pédiatrie ou d'unités « kangourou ».
 - **Maternité de type 2B** : il s'agit d'une maternité avec une unité individualisée de néonatalogie de type soins intensifs. Ce type d'unité peut assurer des alimentations parentérales par cathétérisme central. En revanche, elle ne devrait pas assurer de ventilation invasive en dehors de la période en attente de transfert ou de la période de sevrage définitif chez les enfants chroniques.
 - **Maternité de type 3** : il s'agit d'une maternité associée à une unité de réanimation néonatale. Ce type d'unité prend en charge les enfants les plus immatures ainsi que ceux qui présentent une pathologie sévère. Les maternités de type 3 devraient aussi disposer d'une unité de réanimation adulte pouvant prendre en charge les pathologies périnatales aiguës maternelles. Ces unités ne sont pas forcément au sein de CHU. On notera enfin que certains centres gardent malgré tout une activité de recours régional pour certaines pathologies maternelles (exemple : hémopathie maternelle) ou fœtales (exemple : nécessité de laser dans les syndromes transfuseur-transfusé).
- Les types de soins sont attribués par l'ARS en fonction des décrets de périnatalité et des besoins régionaux.

Inborn/outborn

La notion d'*inborn* se définit par le fait qu'un nouveau-né nécessitant une prise en charge est hospitalisé dans une unité de néonatalogie qui se situe dans le même bâtiment que la maternité (au minimum type 2A). Cette notion s'oppose à un nouveau-né *outborn* dont la prise en charge nécessite un transfert postnatal dans une autre structure. Il existe aussi des organisations régionales pour assurer les modalités de transport postnatal : transferts médicalisés (SAMU), transferts infirmiers interhospitaliers (TIIH).

Transfert *in utero*

La notion de transfert *in utero* — qu'il serait probablement plus adapté de nommer transfert anté- ou prénatal — découle des deux points précédents. Le bénéfice de la naissance en niveau de soins approprié à l'état de l'enfant a surtout été démontré chez le grand prématuré (naissance à 32 SA ou moins). L'effet potentiellement délétère du transfert postnatal a également été démontré dans cette population. Ces deux éléments retentissent sur le devenir de ces enfants en termes de survie sans séquelles. Il s'ensuit que lorsque l'on dépiste une situation à risque au cours de la grossesse, le transfert anténatal de la mère permet d'assurer l'accouchement et la naissance dans une structure de niveau de soins approprié au risque pressenti. C'est ce que l'on appelle un transfert néonatal *in utero* qui évite ainsi la nécessité d'un transfert postnatal. Toutes les situations ne sont pas prévisibles en termes de risque.

On peut aussi noter qu'il existe des contre-indications au transfert *in utero* (accouchement imminent, pathologie maternelle ou fœtale nécessitant une césarienne en urgence).

Organisation en réseaux périnataux

Les maternités et les services accueillant des nouveau-nés ont été amenés à s'organiser en réseaux

de soins périnataux. Ces réseaux ont un financement assuré par l'ARS. Ils s'appuient sur un cahier des charges qui en définit les missions. On peut en citer quelques-unes :

- organisation du diagnostic anténatal ;
- élaboration de protocoles d'indication des transferts anténatals et de retransfert dans les unités d'origine lorsque le niveau de risque a baissé ;
- organisation des moyens de transport maternels et néonataux ;
- mise en place de formations (accueil du nouveau-né à la naissance, prise en charge de la mère et du nouveau-né) ;
- mise en place de modalités de transmission de données médicales périnatales ;
- mise en place d'une organisation du repérage des situations à risque et du suivi des enfants vulnérables au-delà de l'hospitalisation.

Les différents partenaires établissent des conventions entre eux au sein du réseau. Ils s'engagent à participer à la vie du réseau et à en respecter les protocoles.

Les réseaux ont permis d'établir de nombreux liens entre tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du suivi de la grossesse, de la naissance, de la période néonatale et post-néonatale. Ces partenaires dépassent largement le cadre de l'hôpital (sages femmes libérales, PMI, pédiatres, médecins généralistes, etc.).

Les protocoles sont variables en fonction des réseaux. Un exemple de protocole d'indications de transferts est représenté [figure 1.1](#). Il n'est applicable que dans ce réseau et les autres réseaux peuvent avoir des pratiques différentes qui dépendent des conditions locales, en particulier du nombre de structures de soins et de leur répartition géographique. La plupart des réseaux ont un site Internet ouvert au public et aux professionnels. Ceux-ci peuvent être retrouvés sur le portail de la fédération française des réseaux de santé périnatale¹.

1. <https://ffrsp.fr/>.

**ABSENCE D'INDICATIONS DE
TRANSFERT IN UTERO**

MATERNELLES

1. Hyperthermie peranesthésique familiale
2. Prééclampsies non compliquées ≥ 35 SA
3. Thrombophilie
4. Poly allergie

FŒTALES

5. Prématurité avant 24 SA

Les extrêmes prématurités < 25 SA doivent faire l'objet d'une discussion au cas par cas

**CONTRE INDICATIONS
AU TRANSFERT MATERNEL**

Extraction fœtale nécessaire en urgence

1. HRP Enfant vivant
2. Souffrance fœtale aigue
3. Accouchement imminent

Risque vital maternel susceptible d'être aggravé par le transport

4. Hémorragie à hémodynamique instable
5. CIVD et anémie non corrigée
6. Eclampsie et/ou HTA maligne

**CONDITIONS OPTIMALES NECESSAIRES A
L'ACCUEIL (24H/24) DES PATIENTES**

1. Bloc obstétrical et salle de réveil disponibles et fonctionnels 24 h/24
2. Médecin obstétricien et personnel infirmier « détachable des tâches courantes »
3. Médecin anesthésiste et personnel infirmier « détachable des tâches courantes »
4. Equipe chirurgicale
5. Dépôt de produits sanguins labiles et stock de produits sanguins stables
6. Laboratoire d'immuno-hématologie et d'hémostase

Et en fonction des indications :
échocardiographie cardiaque, embolisation sur table de radiologie interventionnelle, embolisation sur table d'opération, réanimation polyvalente, réanimation cardiologique, médecins spécialistes

CONDITIONS NECESSAIRES AU TRANSPORT

Absence d'accouchement imminent ou d'indication de césarienne en urgence, stabilité hémodynamique, fonctions vitales assurées, transfusion en cours si nécessaire.

Les professionnels s'engagent à respecter les objectifs définis dans la Convention Constitutive de novembre 2001, premier document fondateur du réseau, qui sont :

- d'organiser la gradation et la continuité des soins afin de permettre la prise en charge la plus adaptée à proximité du domicile, pour préserver les liens familiaux et sociaux, éléments importants du processus thérapeutique.
- d'améliorer la communication entre les participants au réseau, sur la base de référentiels communs, médicaux et soignants, et d'un système d'information adapté ; vers les médecins intervenant auprès des mères et des enfants ; vers les mères, les enfants et leurs familles.

(Extrait de la charte OMBREL, octobre 2005)

www.ombrel.fr



Indications de
transferts maternels et
néonataux dans la
métropole lilloise

RECOMMANDATIONS

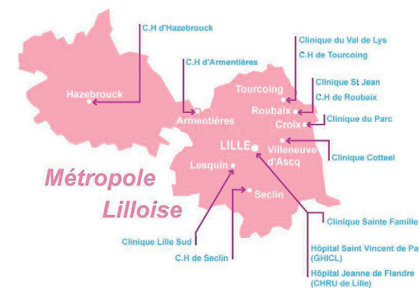


Figure 1.1. Exemple de protocole d'indications des transferts.

Le type d'enfants pris en charge dans les différents niveaux de soins est variable d'une région à l'autre en fonction des règles locales établies par les réseaux de soins qui varient en fonction de l'offre de soins et de certains facteurs géographiques (distances entre centres, accessibilité).

Source : Réseau de Santé en Périnatalité - Ombrel.

Transfert in utero

25 à 28 ⁺⁶	29 à 30 ⁺⁶	31 à 32 ⁺⁶	33 à 34 ⁺⁶	≥ 35SA
■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée
■ Corticothérapie efficace et poids >1000g	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée	■ Prématurité spontanée : RPM, MAP, chorioamniotite ■ Prééclampsie compliquée et non compliquée
■ Chirurgie urgente en période néonatale, malformations pouvant mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant, anasarque ■ Obésité morbide à BMI > 50	■ Placenta accreta percreta ■ Pathologie maternelle décompensée ■ Cardiopathie NYHA III et IV ■ Séropositivité HIV	■ Placenta accreta percreta ■ Pathologie maternelle décompensée ■ Cardiopathie NYHA III et IV ■ Séropositivité HIV	■ Placenta accreta percreta ■ Pathologie maternelle décompensée ■ Cardiopathie NYHA III et IV ■ Séropositivité HIV	■ Placenta accreta percreta ■ Pathologie maternelle décompensée ■ Cardiopathie NYHA III et IV ■ Séropositivité HIV

- Vers Niveau IIA
- Vers niveau IIB
- Vers niveau III

CH Armentières
CH Tourcoing
Pavillon du bois
CH Roubaix
Hôpital St Vincent de Paul
Hôpital Jeanne de Flandre

Transfert maternel postpartum

Vers le CHRU : Hôpital Jeanne de Flandre

- Pathologie maternelle relevant de la réanimation*
- Pathologie maternelle rare relevant de la réanimation

Vers le CHRU : soins intensifs cardiologiques + réanimation service de CCV

- Pathologie cardiovasculaire relevant de la réanimation*

Vers le CH de Roubaix

- Pathologie maternelle relevant de la réanimation
- Embolie pulmonaire crurorique

Vers le CH d' Armentières

- Pathologie maternelle relevant de la réanimation

Vers le Pavillon du Bois

- Pathologie maternelle relevant de la réanimation
- Pathologie cardiovasculaire relevant de la réanimation

Vers CH de Tourcoing

- Pathologie maternelle relevant de la réanimation
- Pathologie cardiovasculaire relevant de la réanimation

*Pathologie maternelle relevant de la réanimation

- Hémorragie grave et persistante, stable hémodynamiquement +/- CIVD : embolisation et réanimation envisagée
- Prééclampsie compliquée (TA non contrôlée, éclampsie, HELLP, thrombopénie < 20000/mm³, transaminases >1000, insuffisance rénale, incompétence myocardique, OAP)

*Pathologie cardiovasculaire relevant de la réanimation

- Embolie pulmonaire crurorique
- Cardiopathie NYHA III et IV, valvulopathie sévère ou complexe, cardiopathie congénitale, HTAP...

Transfert néonatal

🚑 / 🚑 ≤ 28 SA et/ou ≤ 1000g

- 🚑 Détresse respiratoire avec FiO₂ > 35%
- 🚑 Anoxie périnatale*
- 🚑 Infection avec troubles hémodynamiques
- 🚑 Cardiopathies nécessitant une exploration invasive ou un geste urgent

🚑 / 🚑 Détresse respiratoire avec FiO₂ ≤ 35%

- 🚑 Anoxie périnatale*
- 🚑 / 🚑 29-32⁺⁶ SA et 1000-1500g
- 🚑 Infection nécessitant une surveillance hémodynamique
- 🚑 / 🚑 Autres cardiopathies

🚑 / 🚑 Infection asymptomatique sans trouble hémodynamique

- 🚑 Troubles métaboliques nécessitant des apports IV
- 🚑 Troubles alimentaires
- 🚑 Syndrome malformatif ou pathologie neurologique nécessitant des examens complémentaires

* Anomalies du rythme cardiaque foetal, Apgar < 4 à 5mn, pH < 7, signes neurologiques

🚑 SMUR pédiatrique
Transport médicalisé
Transport paramédicalisé

Figure 1.1. (suite)

Évaluation de la régionalisation des soins périnataux

Lorsque l'on s'intéresse à l'évaluation de la régionalisation des soins, il faut distinguer deux niveaux d'évaluation : l'évaluation de l'application des procédures et l'évaluation des effets de cette application sur l'état de santé des mères et des enfants. Le premier s'attache à évaluer si les mères et les enfants sont pris en charge dans un niveau de soins correspondant au niveau de risque identifié. Il consiste à vérifier si les protocoles de transfert *in utero* et de prise en charge périnatale sont bien appliqués. Le second cherche à évaluer le retentissement de cette organisation sur la mortalité et la morbidité de la mère et de l'enfant. On ne peut procéder à cette deuxième étape que si la première étape vérifie que les procédures sont appliquées. Ces études ne peuvent être qu'observationnelles. Elles doivent s'appuyer sur des données représentatives (sur des données recueillies sur une base géographiquement définie), faire appel à des techniques d'ajustements multiples et être faites régulièrement pour tenir compte de l'évolution des populations et des pratiques.

Conclusion

La mise en place de la régionalisation des soins et des réseaux périnataux a représenté un progrès majeur dans la prise en charge périnatale.

La classification des niveaux de soins a beaucoup reposé sur des critères concernant la grande prématurité. L'évaluation de cette organisation concerne également préférentiellement cette population.

Ces éléments d'organisation peuvent appeler plusieurs commentaires. Le classement des maternités repose sur les moyens néonataux qui y sont associés. Pour un établissement donné, son niveau de soins n'est pas définitif et il peut être modifié au cours du temps. Les décrets périnataux de 1998 ont permis d'établir un cadre de fonctionnement de la prise en charge périnatale. Cependant le type d'enfants pris en charge dans les différents niveaux de soins est variable d'une région à l'autre en fonction des règles locales établies par les réseaux de soins. Ces règles varient en fonction de l'offre de soins d'une région et de certains facteurs géographiques (distances entre centres, accessibilité).