



Charte de fonctionnement de la
Cellule régionale de transferts maternels
Périnatalité Bretagne

Préambule

Ce document présente les objectifs de la cellule, ses principes de fonctionnement, les acteurs et les différents types de transferts concernés ainsi que son évaluation. Il est à destination des professionnels qui composent la cellule, et de tous les acteurs de santé concernés par la pratique des transferts périnataux inter-hospitaliers, qu'ils soient demandeurs, receveurs, transporteurs ou régulateurs.

La cellule de transferts maternels s'engage à communiquer ses procédures de fonctionnement à tous les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique y compris les centres périnataux de proximité et SAMU de Bretagne. Toute modification sera validée par le COPIL et communiquée par le réseau Périnatalité Bretagne.

Le réseau régional de santé périnatal est promu par l'association Périnatalité Bretagne depuis le 1er janvier 2020.

Ses missions sont notamment définies dans le cahier des charges national suivant l'instruction ministérielle du 3 juillet 2015¹. Un des objectifs y est précisé afin « d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers les structures disposant de l'environnement pédiatrique et maternel nécessaire » venant s'ajouter à celui de : « diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, diminuer l'incidence de la prématurité et diminuer l'incidence du handicap chez les enfants ».

À l'échelle nationale, des recommandations de bonnes pratiques sont édictées par la HAS et la DGOS sur les conditions de ces transferts périnataux²³⁴. Une politique régionale de prise en charge coordonnée et graduée des femmes enceintes et de leur(s) enfant(s) a été instaurée afin de diminuer la morbidité et la mortalité néonatale et maternelle tout en préservant et en favorisant le lien mère-enfant. Le transfert d'une femme enceinte et/ou de son nouveau-né est souvent vécu comme une épreuve tant pour les patients que pour l'équipe soignante.

La cellule a été créée pour apporter une aide et un accompagnement aux professionnels qui la sollicitent lors des transferts maternels, en optimisant l'offre de soins. Elle propose un service d'aide à l'organisation des transferts maternels. Les protocoles et procédures internes aux établissements ne sont pas remis en question. Elle a un rôle de coordination, d'information, de centralisation, de sécurisation et d'évaluation des transferts maternels.

¹ Instruction DGOS du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

² [HAS 2012 Recommandations de Bonne Pratique : Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé](#)

³ Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports des nouveau-nés et enfants

⁴ Circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères

Elle doit permettre :

- ✓ D'assurer la qualité et la continuité des soins dans un cadre pluridisciplinaire, en ayant une expertise des structures fonctionnelles préexistantes, veillant à ce que les naissances aient lieu dans un type de maternité adapté au risque et à la pathologie. Sa première vocation est de réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale.
- ✓ De respecter les recommandations en vigueur, tout en tenant compte des attentes de proximité et éviter, autant que faire se peut, la séparation de la mère et de son enfant.
- ✓ De faciliter, prioriser et sécuriser le transport périnatal pour rendre ce temps d'organisation à la prise en charge médicale.
- ✓ De créer des liens entre les différentes équipes médicales, faciliter la concertation entre les professionnels en vue d'une décision collégiale de transfert ou non transfert maternel.
- ✓ D'évaluer l'activité de la cellule et les pratiques professionnelles centrées sur l'orientation des patientes et leur devenir. Les données concernant les transferts périnataux non gérés par la cellule seront recueillies auprès des acteurs des établissements de santé bretons. (De réaliser un recensement régulier des transferts permettant une évaluation des pratiques centrées sur l'orientation des patientes et leur devenir)
- ✓ D'assurer une veille lors de situations d'alerte sur les territoires bretons.

Coordonnées de la cellule régionale de transferts maternels

Cellule de transferts maternels, réseau Périnatalité Bretagne

9 rue Capitaine Alfred Dreyfus,

35000 Rennes

Tel : 02 56 00 77 77

Mail : cellule.transfert@perinatalite.bzh

Sommaire

- Contexte..... p. 5
- Définitions..... p. 8
 - ✓ Les types de maternité..... p. 8
 - ✓ Les types de transferts maternels..... p. 9
 - ✓ Les classes de transport..... p. 10
- Recommandations..... p. 10
- Indications, non indications et contre-indications aux transferts maternels..... p. 11
 - ✓ Indications..... p. 12
 - ✓ Non-indications..... p.12
 - ✓ Contre-indications..... p. 13
- Financement et organisation de la cellule régionale de transferts maternels..... p. 13
- Gestion des demandes selon les différents types de transferts..... p. 15
 - ✓ Transferts urgents : Transfert maternel in utero et post partum..... p. 15
 - ✓ Transferts in utero de réorientation..... p. 16
 - ✓ Rapprochement mère enfant..... p. 16
- Choix du vecteur de transport..... p. 16
 - ✓ Indications de transport médicalisé, classe 3 = SMUR..... p. 17
 - ✓ Indications de transport paramédicalisé, classe 2 = TIH..... p. 18
 - ✓ Indications de transport non médicalisé, classe 1 = ambulance simple..... p. 18
- Supports de transmission et d'information..... p. 19
- Organisation humaine et rôles des différents intervenants..... p. 19
- Gestion des appels hors ouverture de la cellule de transferts maternels..... p. 22
- Indicateurs de suivi épidémiologique et évaluation..... p. 22
- Références bibliographiques..... p. 24
- Annexes..... p. 25

Glossaire

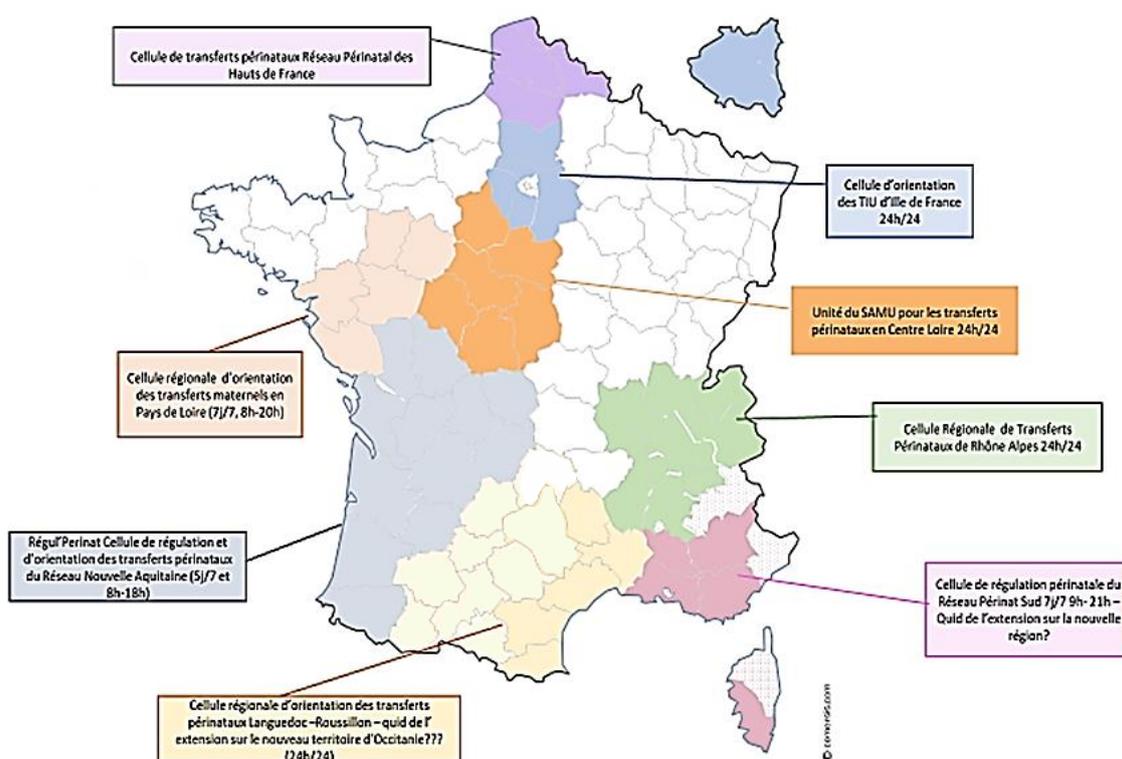
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHP	Centre Hospitalier Privé
CHBA	Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contre-Indication
COFIL	COmité de PIlotage
CPP	Centre Périnatal de Proximité
DGOS	Direction Générale de Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins (DGOS en 2010)
DRM	Dossier de régulation médicale
EI	Evènement Indésirable
EIAS	Evènement indésirable grave lié aux soins
ERCF	Enregistrement Rythme Cardiaque Foetal
ETP	Equivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCS CAPPS	Groupement de coopération Sanitaire Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnels
GHR	Grossesse à Hauts Risques (service hospitalisation des femmes avec une grossesse pathologique)
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité en Santé
HP	Hôpital Privé
HRP	Hématome Rétro-Placentaire
NN	Nouveau-Nés
OAP	Œdème Aigu Pulmonaire
PDS	Permanence Des Soins
PEC	Prise en charge
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RCIU	Retard de croissance Intra Utérin
RME	Rapprochement Mère Enfant
RMM	Revue Morbidité Mortalité
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RSP	Réseau de Santé Périnatale
RT	Retransfert
SA	Semaines d'Aménorrhée
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
STT	Syndrome transfuseur transfusé
TIU	Transfert In Utéro
TIIH	Transport Infirmier Inter Hospitalier
TNN	Transfert Néonatal
TPP	Transfert Post-Partum

Contexte

En France, des cellules pour la régulation et l'organisation des transferts périnataux ont été mises en place sur les différentes régions depuis 1998. La première cellule de transferts périnataux a été créée dans la banlieue parisienne en 1998.

Actuellement, sept cellules de transferts sont fonctionnelles sur les différentes régions, ayant chacune des spécificités dans leur organisation et leur fonctionnement.

Des échanges et le partage de documents avec le Réseau Nouvelle Aquitaine et le Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire ont permis de construire ce projet.



En Bretagne, jusqu'au 31 décembre 2019, quatre réseaux départementaux de périnatalité existaient. Aucun des quatre réseaux n'était doté d'une cellule de transferts maternels et néonataux. Des protocoles et des référentiels pour les transferts périnataux avaient été mis en place sur chaque département en collaboration avec les professionnels de chaque réseau.

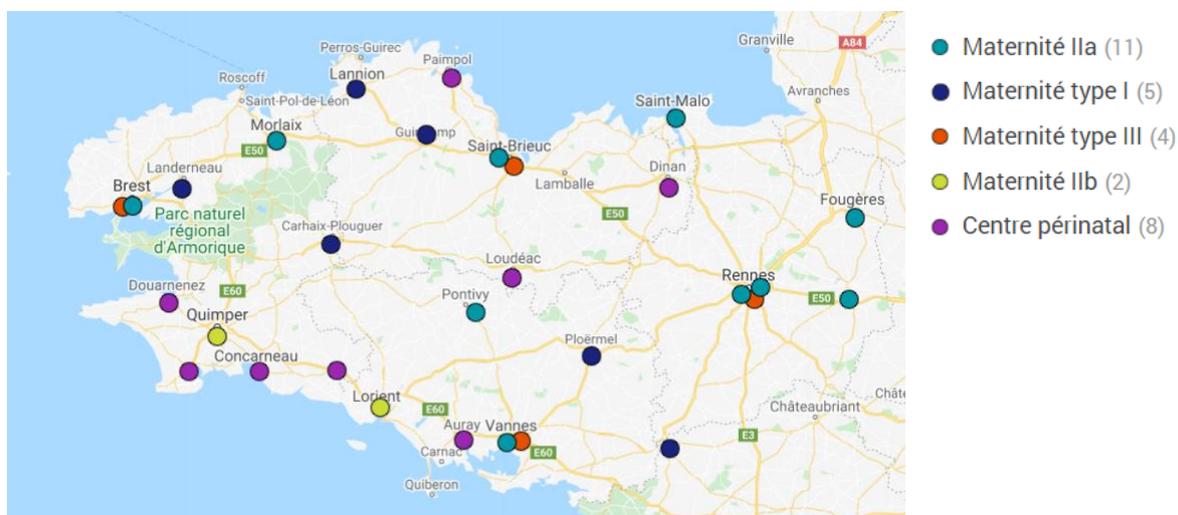
Depuis le 1^{er} janvier 2020, date de la création du Réseau périnatal régional, les réunions de travail ont permis d'identifier des fragilités au niveau de l'accueil des nouveau-nés dans les maternités de type III, notamment le CH de Saint-Brieuc, le CH de Vannes et le CHU de Rennes. De plus, trois événements indésirables ont montré la complexité pour les professionnels d'établissements de santé sur certains territoires sanitaires de coordonner un transfert maternel dans une situation d'urgence.

La Bretagne compte 22 maternités (listées dans le tableau à suivre), 8 Centres Périnataux de Proximité, et 4 SAMU/centre 15.

Maternités en Bretagne en 2022	Type	Embolisation des artères utérines	Département
CH Guingamp	Type I	non	22
CH Lannion		non	22
CH Carhaix		non	29
CH Landerneau		non	29
CH Redon		non	35
CH Ploërmel		non	56
HP des Côtes d'Armor - Plérin	Type IIa	non	22
CH Morlaix		non	29
Clinique Keraudren		non	29
CH Vitré		non	35
CH Fougères		non	35
CHP Saint Grégoire		non	35
Clinique La Sagesse		non	35
CH St Malo		non	35
HP Océane		non	56
CHCB Pontivy		non	56
CH Inter Communal Quimper	Type IIb	non	29
GH Bretagne Sud Lorient		Oui sous condition	56
CH Saint Briec	Type III	oui	22
CHU Brest		oui	29
CHU Rennes		oui	35
CH Bretagne Atlantique Vannes		oui	56

La région Bretagne regroupe 4 départements :

Côtes d'Armor (22), Finistère (29), Ille et Vilaine (35), Morbihan (56).



Cartographie des sites de périnatalité (maternité et centres périnataux) en Bretagne en 2022

32 070 femmes ont accouché et 32 565 enfants vivants sont nés en Bretagne en 2021.

Bretagne – 2021	Maternité type 1	Maternité type 2a	Maternité type 2b	Maternité type 3	Total
Accouchements site et hors site*	2960	14083	5003	10024	32070
Naissances vivantes	2990	14234	5081	10260	32565

* accouchement hors site : femmes ayant accouché à domicile ou dans un transport avec hospitalisation en maternité dans les suites d'accouchement

Répartition des accouchements et des naissances selon le type de maternité en 2021 Données issues du PMSI

Définitions

✓ Les types de maternité

Les trois types de maternités définis sont en lien avec les niveaux de soins néonataux et la présence ou non de réanimation adulte selon les recommandations⁵ :

- Maternité de type I

Maternité qui dispose d'une unité d'obstétrique et prend en charge les grossesses physiologiques. Un pédiatre est présent permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité. La surveillance des nouveau-nés $\geq 36SA$ et $\geq 2000g$, asymptomatiques, y est assurée. Les nouveau-nés de $\geq 35SA$ et/ou hypotrophes de plus de 2000g sont éventuellement pris en charge selon l'avis pédiatrique.

- Maternité de type II et leur classification supplémentaire en type IIA et Type IIB :

Maternité qui dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Les grossesses à risque modéré sont prises en charge ainsi que les nouveau-nés nécessitant une surveillance pédiatrique mais sans soins en réanimation.

- + Maternité de type IIA

Maternité qui dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Service de néonatalogie permettant de prendre en charge des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée, $\geq 34SA$ et $\geq 1500g$ sans détresse respiratoire ni alimentation parentérale prolongée.

- + Maternité de type IIB

Maternité qui dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Service de néonatalogie permettant de prendre en charge des nouveau-nés de $\geq 32SA$ et $\geq 1500g$ ($\geq 1200g$ selon avis pédiatrique) et qui dispose en plus de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes.

- Maternités de type III

Maternité qui dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale et d'une réanimation adulte. Service d'obstétrique qui prend en charge des grossesses à haut risque, et services de néonatalogie et de réanimation néonatale pouvant prendre en charge des nouveau-nés $< 32SA$ et/ou $< 1500g$.

⁵ Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique

Tableau de synthèse de l'offre de soins et des risques par type de maternité

Type Maternité	I	IIA	IIB	III
Grossesses	Normales	Risque modéré	Risque modéré	Haut risque
Unité d'obstétrique	Oui	Oui	Oui	Oui
Unité de Néonatalogie	Non	Oui	Oui	Oui
Soins intensifs NN	Non	Non	Oui	Oui
Garde du Pédiatre / Pédiatre Néonatalogie	Astreinte	Astreinte	Oui sur place	Oui sur place
Garde du Pédiatre de Réanimation néonatale	Non	Non	Non	Oui
Soins néonataux	Présence pédiatrique permettant l'examen du NN et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.	Prise en charge des NN pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée.	Dispose en plus de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes.	Prise en charge des NN avec des détresses graves.
Terme et poids des NN	≥36SA et ≥ 2000g	≥ 34SA et ≥ 1500g	≥ 32SA et ≥ 1500g	< 32SA et/ou < 1500g
Réanimation adulte	Non	Non	Non	Oui

Cette classification a pour but d'orienter chaque femme enceinte vers le niveau de soins adapté aux risques inhérents à sa grossesse et de permettre au nouveau-né de bénéficier des soins spécialisés dès sa naissance. Ces orientations anténatales ont pour objectif d'éviter les transferts postnataux, avec toutes les conséquences en termes d'augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale. Les critères d'application de ces recommandations peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité.

✓ *Les types de transferts maternels*

La mise en place des réseaux périnataux conduit à la réalisation de transferts maternels, in-utero (TIU) ou dans le post-partum (TPP) vers des services adaptés aux niveaux de pathologies et de risques.

Les transferts sont dits « **primaires** » lorsqu'ils sont réalisés au départ du domicile des patients. Ces transferts sont alors toujours gérés par les SAMU. Le SAMU, peut ponctuellement si besoin, contacter la cellule pour une aide à l'orientation.

Les transferts sont dits « **secondaires** » lorsqu'ils sont réalisés au départ d'une structure hospitalière.

Seuls les transferts maternels secondaires sont concernés par la cellule de transferts. Il peut s'agir de :

- + TIU : transfert in utero ou transfert de femme enceinte. Il est indiqué dès qu'il existe une inadéquation entre le service maternité accueillant une femme enceinte et la pathologie qu'elle et/ou son fœtus présente.
- + TIU pour réorientation d'une femme enceinte vers la maternité d'origine.
- + Rapprochement mère-enfant pour les femmes accouchées partant vers la maternité de l'établissement où est hospitalisé l'enfant (unité de néonatalogie).

- + TPP : transfert maternel en post-partum maternel pour les femmes nécessitant une prise en charge spécifique dans un établissement ayant le plateau technique adapté à son état de santé.

En 2012 des recommandations de la HAS définissent les TIU en fonction de l'âge gestationnel (AG) et de l'estimation du poids fœtal (EPF) afin que le transfert et l'accouchement aient lieu dans une maternité adaptée².

- + A partir du terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes (Recommandations de l'OMS de 1977), une orientation doit être discutée au cas par cas. Il n'y a donc pas de contre-indication systématique de transfert in utero dans ce contexte.
- + Pour les grossesses < 32 SA ou si EPF < 1500g, le TIU doit se faire vers une maternité de type III.
- + Pour les grossesses entre 32 SA et 33 SA + 6 jours, il est recommandé d'effectuer le TIU en maternité de type IIB ou III, selon l'estimation de poids fœtal (EPF), l'âge gestationnel (AG) et les pathologies surajoutées.
- + Pour les grossesses entre 34 et 35 SA + 6 jours, il est conseillé de transférer ces patientes au minimum dans une maternité de type IIA, en l'absence de pathologie surajoutée.

Cependant, la HAS note que ces recommandations « peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité selon les protocoles et les conventions établies de son réseau périnatal ».

Les indications de transports maternels doivent être une décision médicale relevant d'un accord entre le « médecin demandeur » et le « médecin receveur », en lien avec la cellule de transferts suivi d'un accord avec le médecin régulateur du SAMU.

✓ *Les classes de transport*

Les classes de transport sont de trois types :

- + Transport médicalisé, classe 3 : en présence d'un médecin, généralement dans un SMUR ou un hélicoptère.
- + Transport infirmier inter-hospitalier (TIIH), paramédicalisé, classe 2 : en présence d'un infirmier ou infirmier spécialisé (infirmier anesthésiste ou infirmier de puériculture).
- + Transport sanitaire ambulancier (TSA), non médicalisé, classe 1 : par ambulancier sans accompagnement médical ni paramédical.

Recommandations

La circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 en complément de la circulaire de 2005 sur les transferts néonataux, a fixé les grands principes de l'organisation des transports en périnatalité entre établissements.

Elle précise que cette organisation doit être régionale et s'intégrer dans les réseaux de périnatalité.

Les recommandations de bonne pratique HAS de 2012² ont défini les modalités des transferts IU en urgence inter-établissements.

- L'indication du transfert doit relever d'un accord direct entre le praticien qui adresse et celui qui accueille la patiente, en lien avec la régulation médicale du SAMU.
- Le choix de l'établissement receveur doit se faire en fonction du terme de la grossesse, de l'indication et de la disponibilité des lits de maternité et/ou de prise en charge néonatale.
- Il est recommandé de transmettre les informations nécessaires sous forme d'un dossier médical partagé.
- L'état clinique de la patiente doit être réévalué au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport.
- La patiente et son entourage doivent être informés du motif et des modalités de transport.
- Les professionnels de santé doivent expliquer la possibilité de contretransfert dans sa maternité d'origine, ou une autre, en fonction de l'évolution et des besoins de soins.
- Une information sur l'organisation des soins en réseau périnatal et des éventualités de transferts devrait être donnée à toute femme enceinte dès l'entretien prénatal précoce ou au cours de son suivi.
- Le choix du vecteur doit tenir compte de l'indication, du risque d'aggravation de la/du patient en cours de transport, ainsi que du niveau de soins nécessaire en cours de transport.
- Le matériel recommandé spécifique aux transports infirmiers et ambulanciers est notifié dans les circulaires DHOS de 2005 et 2006³⁴.
- Quelque-soit le transfert, il est recommandé au maximum d'éviter la séparation mère-enfant.

La HAS recommande aussi que les moyens matériels adaptés et facilitant l'organisation soient prévus avec une évaluation régulière de l'activité. Il semble nécessaire d'apporter une vision globale de l'organisation des transferts afin de prendre en compte le retentissement de ceux-ci et inversement.

Indications, non indications et contre-indications aux transferts maternels

La régulation du transfert inter-établissement d'une femme présentant une grossesse pathologique ou une pathologie postnatale requiert une connaissance de l'organisation sanitaire régionale ainsi qu'une connaissance des difficultés et limites des moyens des équipes de transport.

Le transfert peut être justifié par une pathologie fœtale ou maternelle (liée à la grossesse ou une pathologie sans rapport avec la grossesse).

Les indications de transports maternels doivent être une décision médicale relevant d'un accord entre le « médecin demandeur » et le « médecin receveur », en lien avec cellule de transferts suivi d'un accord avec le médecin régulateur du SAMU.

Les indications/contre-indications et les modalités de transport maternel sont définies dans les recommandations de l'[HAS de 2012](#)² et de la [SFAR 2012](#)⁶. Elles sont reprises dans les tableaux suivants.

✓ *Indications*

Indications maternelles	TIU	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-éclampsie suivant la gravité et l'âge gestationnel. • Métrorragies sur anomalies d'insertion placentaire si stabilisation clinique. • Pathologies maternelles non exclusivement obstétricale nécessitant une prise en charge spécialisée en urgence après stabilisation initiale (contact préalable avec l'unité spécialisée)
	TPP	<ul style="list-style-type: none"> • Suite d'une hémorragie grave (uniquement si état hémodynamique corrigé et stable) en prévision d'une embolisation et/ou prise en charge en réa/soins continus. • Pré éclampsie à diriger vers service de réanimation • Pathologies graves et spécifiques maternelles, ou décompensées.
Indications fœtales		<ul style="list-style-type: none"> • Rupture prématurée des membranes • Menace d'accouchement prématurée sévère • RCIU sévère à risque d'extraction imminente (sans anomalie de l'ERCF) • Pathologies fœtales nécessitant une PEC urgente sur un plateau technique spécialisé (ex : STT, anasarque)

✓ *Non-indications*

<ul style="list-style-type: none"> • RCIU isolé • Malformations fœtales avec nécessité de prise en charge spécialisée sans accouchement à court terme • Pathologies chroniques non obstétricales sans engagement du pronostic maternel • Pathologie maternelle ou fœtale ne relevant pas d'une prise en charge en urgence mais d'une orientation • Placenta prævia sans épisode hémorragique

Selon les recommandations de la HAS 2012 concernant le terme de prise en charge néonatale et les décisions consensuelles du réseau Périnatalité Bretagne, sauf exception, l'indication de TIU pour les termes inférieurs à 24 SA est à discuter au cas par cas.

⁶ [G. Bagou, B. Cabrita et al. Urgences obstétricales extrahospitalières. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 31, Issues 7-8, 2012.](#)

✓ *Contre-indications (CI)*

Une discussion au cas par cas est toujours préférable pour optimiser la décision médicale qui doit rechercher le meilleur compromis entre le risque d'une naissance sur place et celui d'une naissance en cours de transfert. La discussion doit prendre en compte la cinétique de dilatation, la tolérance fœtale, la nature de l'établissement demandeur, et la durée du transport. En fonction du type de maternité et du terme de naissance, une assistance anténatale pédiatrique peut être envisagée si le transfert maternel est impossible.

Contre-indications maternelles	TIU	<ul style="list-style-type: none">• Hémorragie active en cours : placenta prævia ou accreta suspecté, HRP, hémorragie de Benckiser.• Pré éclampsie sévère non contrôlée ou avec complication sévère à risque de décompensation au cours du transport (hématome sous capsulaire hépatique, œdème aigu pulmonaire) et/ou requérant une extraction fœtale immédiate (éclampsie).• MAP avec dilatation du col ≥ 4cms : discussion au cas par cas (fonction cinétique de dilatation sous tocolyse, tolérance fœtale, nature établissement demandeur, durée de transport).• Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle.• Patiente à haut risque d'accouchement pendant le transport.
	TPP	<ul style="list-style-type: none">• Hémorragie du post partum avec un état hémodynamique instable (indication à une chirurgie d'hémostase sur place).• Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle.
Contre-indications fœtales		<ul style="list-style-type: none">• Anomalies de l'ERCF nécessitant une extraction rapide.• Suspicion d'hématome rétro placentaire, hémorragie de Benckiser• Risque d'accouchement pendant le transport (délai de transport estimé supérieur au délai de survenue estimé de l'accouchement)

Financement et organisation de la cellule régionale de transferts maternels

La création de la cellule fait suite à une demande du réseau Périnatalité Bretagne. Sa mise en place est financée par l'ARS. La cellule est sous l'autorité hiérarchique du Président de Périnatalité Bretagne, et en liaison étroite avec le Comité de Pilotage (COFIL) et l'équipe de coordination régionale.

- + Pilotage Institutionnel : Dr Linda Lassel, gynécologue-obstétricienne et vice-présidente de Périnatalité Bretagne
- + Responsable fonctionnel : Catherine Plesse, sage-femme coordinatrice médicale de Périnatalité Bretagne, 06 18 14 67 20 / Réseau Périnatalité Bretagne : 02 23 63 12 62
- + Sages-femmes de la cellule régionale de transferts maternels :
Marie Peran : 06 15 66 23 89 et Cécile Houssais : 06 10 11 92 47
- + Territoire couvert : la région Bretagne

- + Horaires : 8h30/18h du lundi au vendredi, hors jours fériés

- + **Ligne directe de la Cellule régionale de transferts maternels : 02 56 00 77 77**

Le fonctionnement de la cellule régionale de transferts périnataux repose sur la sollicitation de la cellule pour une demande de transfert entre deux établissements. Elle est accessible par un numéro de ligne fixe dédié, le 02 56 00 77 77, qui permet l'enregistrement des conversations téléphoniques, et la mise en conférence de 2 à 6 intervenants simultanément. Les enregistrements sont conservés initialement pour une durée de 5 ans, qui peut être prolongée jusqu'à 28 ans en cas de recours ou de litige.

Si les professionnels sollicitent la cellule, les sages-femmes de transferts sont les interlocutrices des obstétriciens, des pédiatres, des médecins des SAMU, des anesthésistes réanimateurs, des sages-femmes coordonnatrices et coordinatrices, des cadres de santé et des sages-femmes des maternités de Bretagne. Le numéro dédié à la cellule de transferts maternels n'a pas vocation à recueillir des demandes de transferts primaires (à partir du domicile). Il ne doit pas être communiqué au public.

Les sages-femmes de la cellule s'appuient sur un recensement des contacts et des ressources médicales (maternelles et néonatales) qui a été réalisé pour tous les établissements de périnatalité de la région afin d'adapter l'orientation des femmes. L'organisation de la cellule de transfert maternels doit prendre en compte les spécificités locales. L'équipe travaillera en lien étroit les établissements de santé bretons et les 4 SAMU afin de déployer ses activités dans un cadre régional mais adapté aux fonctionnements déjà existants au sein des différents GHT.

Lors d'une demande de transfert maternel, la recherche d'un établissement d'accueil s'appuie sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) qui recense le capacitaire et la disponibilité des lits dans tous les services de néonatalogie et d'hospitalisation des grossesses à risques de l'ensemble des maternités bretonnes. Dans une démarche participative d'optimisation des parcours de soins, les établissements sont donc vivement invités à automatiser leur saisie dans le ROR, ou à répertorier le nombre de lits disponibles le plus tôt possible dans la matinée et en fin d'après-midi, afin que cette veille sanitaire soit efficace et cohérente.

Afin de partager ces données avec les professionnels de santé, le GCS e santé Bretagne a déployé l'application DATAVIZ, reliée continuellement aux données du ROR. Les établissements peuvent demander auprès de la cellule la création de compte(s) pour y avoir accès.

La gestion épidémiologique des dossiers de transferts sera faite de façon dématérialisée et pseudonymisée.

Le bureau de la cellule est situé dans les locaux du siège de Périnatalité Bretagne à Rennes. Les moyens logistiques sont prévus pour pouvoir être opérationnels en télétravail si besoin.

Gestion des demandes selon les différents types de transferts

Un des principes de base de la cellule est de gérer, quand les professionnels le souhaitent, les demandes de transfert d'une femme vers l'établissement de recours le plus adapté à l'indication médicale, et le plus proche de son domicile.

Les demandes de transfert pour une urgence vitale immédiate maternelle réanimatoire d'une particulière gravité et nécessitant une prise en charge immédiate par un SMUR doivent passer par le centre 15, et non par la cellule de transferts maternels. L'appel sera réorienté vers le 15 en cas d'erreur d'orientation initiale. A la demande du médecin régulateur, la sage-femme de la cellule peut lui apporter son aide immédiate quant à l'organisation du transfert et à l'information des différents professionnels requis.

Le dossier de régulation médical (DRM) est systématiquement transmis à la cellule pour sa mission de recensement et d'évaluation.

✓ Transferts maternel urgents : Transfert In Utero (TIU), Transfert Post Partum (TPP)

Il faut veiller à ne pas admettre une patiente dans une maternité dont le type serait inadapté et conduirait à un transfert ultérieur ou à une saturation des maternités de type III. Il est indispensable d'orienter la réflexion en fonction de la distance, de la disponibilité de l'établissement de recours adapté aux soins maternels et néonataux, du degré d'urgence et des vecteurs de transport possibles et disponibles.

Un transfert maternel nécessite un diagnostic posé à l'issue d'un interrogatoire et d'un examen initial de la patiente. Il fait suite à une décision médicale relevant d'un accord entre médecin demandeur, médecin receveur et médecin régulateur. Les consultations en urgence doivent initialement être prises en charge par la maternité où la patiente a effectué son suivi de grossesse, et ce quel que soit le terme de la grossesse. Celles-ci peuvent ensuite amener à un transfert inter hospitalier motivé par les éléments recueillis lors de cette consultation.

La régulation comporte une évaluation des besoins de soins, une prise de décision et un suivi des moyens à engager, une contractualisation des décisions (niveau de soins /acceptabilité autour du délai) entre les médecins demandeur, receveur et régulateur. La demande de transfert est toujours adressée au SAMU du département de l'établissement demandeur (même si le transfert se fait vers un autre département).

En cas de refus de transfert, cela ne doit jamais être une fin de non-recevoir envers le demandeur et chaque professionnel doit apporter son aide et son expertise pour optimiser la prise en charge de la patiente dans l'établissement où elle se trouve.

Lorsque le transfert maternel est impossible, une assistance anténatale pédiatrique peut être envisagée.

✓ *TIU de réorientation*

Lorsque la pathologie ayant motivé le transfert ne relève plus de l'expertise du type de maternité receveuse ou du service pédiatrique spécialisé, la patiente peut être retransférée vers son service d'origine ou vers un établissement intermédiaire plus proche de son domicile, si la situation le nécessite et avec l'accord de la patiente.

La cellule intervient dans les mêmes conditions que pour les TIU / TPP mais de façon non urgente, sur une base d'indications médicales partagées, en fonction des disponibilités de chacun et avec l'accord des gynécologues-obstétriciens des maternités concernées. La cellule doit être systématiquement informée dans le cadre de sa mission d'évaluation même si elle n'a pas été sollicitée au préalable.

Les contre-indications sont identiques à celles des TIU et TPP.

✓ *Rapprochement mère-enfant (RME)*

Il s'agit d'un transfert inter hospitalier non urgent de la mère faisant suite au transfert du ou des nouveau-nés dans un service néonatal spécialisé, alors que l'état de santé de la mère ne lui permet pas une sortie d'hospitalisation et que l'établissement receveur dispose des possibilités d'hospitalisation pour la mère.

Il fait suite à une décision médicale relevant d'un accord entre une sage-femme ou sage-femme coordinatrice d'un établissement demandeur et une sage-femme coordinatrice responsable du service d'hospitalisation de l'établissement receveur. L'accord du médecin régulateur n'est nécessaire qu'en cas de transport médicalisé ou paramédicalisé. La cellule intervient sur les RME dans les mêmes conditions que pour les TIU /TPP mais de façon non urgente, pour renforcer le lien mère-enfant, sur une base d'indications médicales partagées, en fonction des disponibilités de chacun.

Le rôle de la cellule de transferts maternels sera alors de centraliser les appels puis de soutenir les sages-femmes coordinatrices dans la priorisation des demandes. La cellule doit être systématiquement informée en cas de RME dans le cadre de sa mission d'évaluation même si elle n'a pas été sollicitée au préalable pour le transfert du ou des nouveaux nés.

Rappel : Dans l'objectif d'une évaluation la plus exhaustive possible des orientations inter-établissements en périnatalité, la cellule recueillera les informations des transferts gérés ou non par celle-ci en lien avec les établissements et des SAMU de la région Bretagne.

Choix du vecteur de transport

La décision du type de transport à mobiliser, terrestre ou hélicoptéré, relève du médecin régulateur en concertation avec le médecin transporteur. En cas de risque d'accouchement pendant le transport, le moyen hélicoptéré est formellement contre-indiqué.

Les critères de surveillance ou de médicalisation d'un TIU sont liés aux risques d'aggravation de la pathologie maternelle pendant le transport. Les moyens de surveillance fœtale sont limités pendant le transport. L'état clinique de la patiente doit être systématiquement réévalué par l'équipe médicale de l'établissement demandeur au moment du départ afin de confirmer la faisabilité du transport. Si le risque d'accouchement en cours de transport est élevé, celui-ci ne doit pas être entrepris.

En cas d'indisponibilité d'un moyen SMUR ou d'un délai d'intervention compromettant le délai d'accès, une discussion du rapport bénéfice/risque pour la patiente et/ou le fœtus ou nouveau-né doit s'engager et peut amener à une décision partagée (SAMU – médecin demandeur) d'un transfert non médicalisé (TIH).

Dans le cas de situations simples, sans ambiguïté, de transport en ambulance, l'appel du médecin régulateur par la sage-femme de la cellule n'est pas systématique mais le SAMU reste à disposition pour discuter le choix du meilleur mode de transport en cas de doute.

Une liste indicative des vecteurs de transport en fonction des indications de transfert, sous réserve du respect des recommandations professionnelles et de la réévaluation avant départ, est présentée dans les tableaux suivants.

✓ Indications de transport médicalisé, classe 3 = SMUR

TIU	<ul style="list-style-type: none"> - MAP avec dilatation du col ≥ 4 cm et terme < 30 SA : À discuter au cas par cas en fonction du type de l'établissement demandeur et de la durée du transport La situation obstétricale devra être réévaluée avant le transfert de la femme. -RPM avec dilatation du col ≥ 4 cm et terme < 30 SA : À discuter au cas par cas en fonction du type de l'établissement demandeur et de la durée du transport La situation obstétricale devra être réévaluée avant le transfert de la femme. À partir de 32 SA, une dilatation du col à 4 cm ou plus est une contre-indication au transfert. -Toute femme enceinte sous Sulfate de Mg IV - Prééclampsie sévère avec transfert vers une maternité de type adapté si signes de sévérité ou complications systémiques maternelles/fœtales entre 24-36 SA): HELLP Syndrome si absence de signes d'éclampsie ou d'HRP OAP - Placenta prævia avec métrorragies depuis < 12h sans saignement actif et pour un transport de plus de 30 minutes. - Pathologies maternelles et obstétricales nécessitant une prise en charge spécialisées en urgence (femme dont l'état de santé est compatible avec un transport).
TPP	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies postnatales sévères. - Décompensation de pathologie maternelle sévère / Pathologie maternelle aiguë sévère (femme dont l'état de santé est compatible avec un transport) ex : AVC, Acidocétose sévère, Insuffisance respiratoire aiguë... - Prééclampsie sévère. - Hémorragie du post-partum sévère avec une hémodynamique corrigée et stable.

✓ Indications de transport paramédicalisé, classe 2 = TIIH

TIU	<ul style="list-style-type: none"> - MAP avec ouverture col < 4cm : <ul style="list-style-type: none"> + MAP d'une grossesse gémellaire avec tocolyse IV par atosiban (à défaut classe 1, si vecteur de classe 2 indisponible) + MAP d'une grossesse simple ou gémellaire avec tocolyse IV autre que atosiban. <p>La situation obstétricale devra être réévaluée avant le départ du transfert de la femme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prééclampsie sévère vers une maternité de type adapté si signes de sévérité ou complications systémiques maternelles/fœtales entre 24-36 SA : avec critères biologiques isolés hors HELLP Syndrome. Possibilité de TIIH pour HELLP Syndrome sans vomissement/douleur abdominale en cas de transport médicalisé non disponible dans un délai raisonnable (discussion au cas par cas) Hors traitement par Sulfate de MG+ : CI ++ au transport paramédicalisé. - Placenta prævia avec des métrorragies de moins de 12 heures sans saignement actif actuel et pour un transport de moins de 30 minutes. - Stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) - Pathologies maternelles et obstétricales nécessitant une prise en charge spécialisées en urgence et une surveillance scopée mais stable et avec un faible risque d'aggravation pendant le transport (crise d'asthme, suite de traumatisme...)
TPP	<ul style="list-style-type: none"> - Décompensation de pathologie maternelle / Pathologie maternelle aiguë modérément sévère nécessitant une surveillance scopée mais stable et avec un faible risque d'aggravation pendant le transport.

✓ Indications de transport non médicalisé, classe 1 = ambulance simple

TIU	<ul style="list-style-type: none"> - Rupture prématurée des membranes avant terme - MAP avec ouverture col < 4cm : <ul style="list-style-type: none"> + MAP d'une grossesse simple ou gémellaire sans tocolyse IV. + MAP d'une grossesse simple avec tocolyse IV par atosiban. <p>La situation obstétricale devra être réévaluée avant le départ de la femme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placenta prævia sans saignement actif depuis au moins 12h, sans retentissement hémodynamique. - Prééclampsie sans signe fonctionnel et avec une hémodynamique stabilisée sans antihypertenseur intraveineux
TPP	<ul style="list-style-type: none"> - Décompensation de pathologie maternelle / Pathologie maternelle aiguë peu sévère nécessitant une prise en charge spécialisée non disponible dans l'établissement initial. - Complications maternelles du post-partum nécessitant des soins non disponibles dans la maternité initiale. - Rapprochement mère-enfant.

Supports de transmissions et d'information

Dans le but d'assurer la qualité et la continuité des soins dans un cadre pluridisciplinaire, et de répondre aux recommandations HAS, la cellule de transferts met à disposition un ensemble de documents sur lequel les professionnels peuvent s'appuyer :

- Check-list pour l'établissement demandeur afin de permettre aux professionnels de vérifier l'exhaustivité des documents à transmettre.
- Fiche de liaison qui contient les renseignements médicaux, à remettre au médecin ou infirmier transporteur en cas de transfert médicalisé ou paramédicalisé, et qui doit suivre la patiente jusqu'à l'accueil par le médecin ou la sage-femme de l'établissement receveur.
- Fiche d'information patient, support des éléments à transmettre pour une information éclairée de la patiente en accord avec les recommandations et pour l'informer de la conservation des données par le réseau Périnatalité Bretagne et de ses droits à les rectifier ou s'y opposer.
- Fiche de consentement au transfert, pour les transferts maternels et néonataux.
- Fiche de déclaration d'une prise en charge inadaptée qui permet à chaque professionnel de partager à la cellule des situations où la prise en charge aurait pu être améliorée.
- Charte de fonctionnement de la cellule régionale de transferts maternels.

Ces documents sont disponibles en annexes et via le site du réseau Périnatalité Bretagne, dans l'axe thématique Transferts Maternels dont voici le lien : [Transferts maternels en Bretagne](#)

Organisation humaine et rôles des différents intervenants

La sage-femme directrice médicale est responsable de l'organisation et du fonctionnement médico-administratif :

- Recrutement et encadrement du personnel de la cellule,
- Organiser la formation spécifique du personnel de la cellule,
- Assurer l'interface entre le personnel de la cellule et les interlocuteurs en cas de difficultés ou de transferts difficiles,
- Participer à l'élaboration et validation des protocoles de la cellule,
- Assurer la communication auprès des acteurs de Périnatalité Bretagne,
- Participer à l'évaluation annuelle du fonctionnement de la cellule avec le réseau Périnatalité Bretagne.

Les sages-femmes de la cellule régionale de transferts maternels doivent :

- Assurer la permanence téléphonique en répondant aux demandes de transferts maternels (TIU, TPP, RME) de la région.
- Recueillir l'indication de transfert et évaluer le degré d'urgence.

- Identifier une maternité avec un lit disponible pour la mère et une place pour le nouveau-né. Vérifier l'adéquation de la pathologie présumée avec le service receveur (plateau technique, éloignement).
- Contacter si besoin les établissements ou cellule de transferts des départements limitrophes sur leurs disponibilités en lits.
- Recueillir l'accord du gynécologue-obstétricien receveur et la validation du vecteur par le médecin régulateur si transport médicalisé ou paramédicalisé nécessaire.
- Proposer une téléconférence dès que possible.
- Si téléconférence non souhaitée ou non réalisable (indisponibilité des acteurs), transmettre les informations entre GO demandeur, receveur et médecin régulateur.
- Assurer la médiation en cas de difficultés ou dysfonctionnements.
- Prendre des nouvelles du devenir de la patiente à J2 et J7 pour en informer le demandeur lors de TIU urgents (hospitalisation, accouchement et suites, retour à domicile).
- Compléter le dossier informatisé transfert qui sera conservé à Périnatalité Bretagne de façon dématérialisée et pseudonymisée pour traçabilité et exploitation épidémiologique.
- Assurer une veille en cas de situation d'alerte sur le capacitaire territorial,
- Contribuer au bilan d'activité et aux données épidémiologiques de manière exhaustive pour tous les transferts périnataux bretons (maternels et néonataux),
- Développer la démarche qualité et la gestion des risques :
 - + Assurer le recueil des EIAS et des Prises en Charge Inadaptées,
 - + Participer à l'amélioration des transferts grâce à l'analyse épidémiologique et le développement de leur expertise,
 - + Participer à l'actualisation ou la création de protocoles,
 - + Renforcer les liens avec les établissements,
 - + Participer à l'organisation de RMM.

Rôles des différents intervenants lors d'un transfert maternel :

Gynécologue-obstétricien ou sage-femme Etablissement demandeur	Sage-femme Cellule de transferts maternels	Gynécologue-obstétricien ou sage-femme Etablissement receveur	Médecin régulateur et de l'ARM superviseur SAMU
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'absence de CI au transfert en estimant aussi la faible probabilité d'accouchement pendant le transport. • Appeler la cellule de transferts. • Décrire l'histoire clinique et l'indication de transfert. • Echanger par téléconférence avec le GO receveur, médecin régulateur SAMU, pédiatres, anesthésistes si besoin. • Compléter la fiche de liaison de transfert ou rédiger un courrier médical : noter les posologies et heures d'administration des médicaments ; identifier les perfusions ; transmettre un courrier et les copies des bilans et examens réalisés (check list). • Remettre la fiche information à la patiente • Accueillir l'équipe de transport, réaliser les transmissions, réévaluer la situation avant départ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recueillir l'indication de transfert. • Evaluer le degré d'urgence. • Identifier une maternité avec un lit disponible pour la mère et une place pour le nouveau-né. Vérifier l'adéquation de la pathologie présumée avec le service receveur (plateau technique, éloignement). • Recueillir l'accord du gynécologue-obstétricien receveur et la validation du vecteur par le médecin régulateur si transport médicalisé ou paramédicalisé nécessaire. • Proposer une téléconférence. Si téléconférence non souhaitée ou non réalisable (indisponibilité des acteurs), transmettre les informations entre GO demandeur, receveur et médecin régulateur. • Prendre des nouvelles du devenir de la patiente à J2 et J7 pour en informer le demandeur (accouchement, hospitalisation ou retour à domicile). • Compléter le dossier informatisé et pseudonymisé pour traçabilité réseau (données épidémio). 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmer la disponibilité en lits sur les unités d'obstétrique et de néonatalogie. • Confirmer l'absence de contre-indication au transfert. • Prendre note de l'histoire clinique, de l'indication, des thérapeutiques en cours. • Echanger par téléconférence avec le GO demandeur, médecin régulateur SAMU, pédiatres, anesthésistes si besoin. • Accueillir la patiente à l'arrivée de l'équipe de transport. • Assurer un retour d'information vers le demandeur et les professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse (compte rendu d'hospitalisation). 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer un Dossier Régulation Médicale • Vérifier l'absence de contre-indication au transfert. • Valider le niveau de médicalisation du transport et décider du vecteur. • Organiser le transport en fonction de la médicalisation souhaitable, des moyens disponibles et des délais. • Informer le service demandeur de l'heure présumée de départ de la patiente • Informer le service receveur de l'heure prévue d'arrivée de la patiente. • Transmettre à la cellule le DRM par messagerie sécurisée.

Gestion des appels hors ouverture de la cellule de transferts maternels

En dehors des horaires de permanence téléphonique, les appels sont transférés systématiquement via un serveur vocal vers le SAMU du département de l'établissement demandeur. L'appel de la cellule sur les temps non ouvrables ne devra donc concerner que les transports médicalisés ou paramédicalisés. L'annexe 4 reprend sous forme schématique les procédures d'appel pendant et en dehors des horaires d'ouverture de la cellule.

Le SAMU n'a pas vocation à orienter les patientes lors des transferts maternels c'est donc au médecin demandeur de s'assurer au préalable de la disponibilité des lits et de l'accord du médecin de l'établissement receveur, avant de composer le numéro de la cellule.

Le numéro unique de la cellule reste donc actif 24/24 mais la permanence téléphonique assurée par les sages-femmes s'étend de 8h30 à 18h du lundi au vendredi hors jours fériés.

Les appels sont toujours enregistrés même en dehors des heures ouvrables et ceci afin d'assurer le suivi épidémiologique et qualité des transferts maternels régionaux.

Indicateurs de suivi épidémiologique et évaluation

Le suivi épidémiologique des transferts maternels se fait de manière prospective au fil des appels et est comparé aux données des établissements bretons rétrospectivement. Il se base aussi sur les indicateurs en santé périnatale du PMSI, notamment pour les naissances outborn.

La cellule recueille les données concernant les transferts maternels et néonataux réalisés par les établissements bretons. Les données concernent :

- + Les indications de transferts (terme, motif...)
- + Les noms et types des établissements envoyeur/receveur
- + Les modalités de transport et le vecteur utilisé
- + Les refus de transfert et leur motif
- + Les transferts hors départements et hors régions
- + Le devenir des patientes
- + Transfert réalisé de jour ou de nuit, jour de la semaine, férié ou week-end.

Ce recueil donne lieu à une analyse rétrospective des transferts périnataux régionaux, une analyse statistique et un bilan d'activité annuel régional et par établissement. Il a aussi pour objectif d'analyser la part de nouveau-nés outborns et d'organiser des revues de morbi-mortalité néonatales. La cellule sera en mesure de présenter le nombre d'appels traités, le délai entre appel reçu et la mise en œuvre du transport de la patiente, le taux de conférence téléphoniques pour 100 transferts, le nombre d'appels hors ouverture de la cellule.

Le suivi et l'évaluation des activités de la cellule, des demandes des professionnels et besoins du territoire permettront d'étudier dans une seconde phase l'élargissement de ses missions aux transferts néonataux et l'extension des horaires de fonctionnement pour couvrir la nuit profonde, les week-end et jours fériés.

Le recueil des Evénements Indésirables ou des Prises En Charge Inadaptées pourra se faire en lien avec les services qualité des établissements ou par la déclaration directe des professionnels des établissements ou des SAMU. Le bilan des déclarations sera présenté aux acteurs de santé de la région Bretagne pour analyser et définir les axes d'amélioration et mettre en évidence les fragilités territoriales existantes.

Le COPIL est créé concomitamment à l'inauguration de la cellule. Il est composé d'un titulaire et d'un suppléant pour chaque poste suivant :

- + Gynécologue obstétricien représentant les établissements de type III
- + Gynécologue obstétricien représentant les établissements de type II
- + Gynécologue obstétricien représentant les établissements de type I
- + Un pédiatre néonatalogiste représentant les établissements de type III
- + Un pédiatre néonatalogiste représentant les établissements de type II
- + Un pédiatre représentant les établissements de type I
- + Une sage-femme coordinatrice ou coordonnatrice représentant les établissements de type III
- + Une sage-femme coordinatrice ou coordonnatrice représentant les établissements de type II
- + Une sage-femme coordinatrice ou coordonnatrice représentant les établissements de type I
- + Un médecin régulateur représentant les SAMU
- + Un représentant du Réseau Bretagne Urgences
- + Un cadre de santé ou ARM superviseur représentant les SAMU

Il se réunit en moyenne une fois par trimestre, il est chargé d'émettre des avis et des propositions sur le fonctionnement de la cellule. Il pourra être saisi par tout professionnel des établissements de santé en cas de dysfonctionnement de la cellule. La saisie motivée pourra être effectuée par mail à l'attention d'un des membres du comité.

Le COPIL donne son avis sur le bilan annuel d'activité qui est présenté et propose éventuellement des recommandations et évolutions. Il sera chargé de présenter au CA de Périnatalité Bretagne et à son président, les propositions d'évolution du dispositif au terme de la première année de fonctionnement, au regard des évaluations.

Ce document a été élaboré premier semestre 2022 par Mme Plesse (sage-femme coordinatrice médicale du réseau périnatal Bretagne) et Dr Lassel (gynécologue-obstétricienne, CHU Rennes), pilotes du projet cellule régionale de transferts périnataux en Bretagne.

Elle a été approuvée par le groupe de travail, le réseau Périnatalité Bretagne, et l'ARS Bretagne.

Références bibliographiques

- ✓ Instruction DGOS du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional
- ✓ HAS Novembre 2012 : Recommandations de bonne pratique : « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. »
- ✓ Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants
- ✓ Circulaire DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères.
- ✓ Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients.
- ✓ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Société Française de Médecine d'Urgence (Bagou G, Hamel V). Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : Urgences Obstétricales Extrahospitalières
- ✓ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Recommandations pour l'organisation de l'anesthésie réanimation obstétricale, 2016.
- ✓ HAS, mars 2014 : Qualité et sécurité des soins dans le secteur de la naissance, guide méthodologique.
- ✓ Décrets codifiés de périnatalité n°98-900 du 9 octobre 1998.

ANNEXES

- ANNEXE 1 : Liste indicative des indications, non indications et contre-indications aux transferts maternels..... p. 26
- ANNEXE 2 : Liste indicative des choix du vecteur de transport fonction des indications de transfert..... p. 28
- ANNEXE 3 : Fiche de liaison..... p. 30
- ANNEXE 4 : Check-list..... p. 32
- ANNEXE 5 : Fiche d'information et de consentement au transfert..... p. 33
- ANNEXE 6 : Déclaration de prise en charges inadaptées..... p. 36
- ANNEXE 7 : Procédure d'appel pendant les heures d'ouverture de la cellule de transferts maternels..... p. 37
- ANNEXE 8 : Procédure d'appel en dehors des heures d'ouverture de la cellule de transferts maternels..... p. 38
- ANNEXE 9 : Rôle des différents intervenants lors d'un transfert maternel..... p. 39
- ANNEXE 10 : Liste des membres du COPIL..... p. 40

ANNEXE 1 - Liste indicatives des indications, non indications et contre-indications aux transferts maternels.

✓ Indications

Indications maternelles	TIU	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-éclampsie suivant la gravité, l'âge gestationnel. • Métrorragies sur anomalies d'insertion placentaire si stabilisation clinique. • Pathologies maternelles non exclusivement obstétricale nécessitant une prise en charge spécialisée en urgence après stabilisation initiale (contact préalable avec l'unité spécialisée)
	TPP	<ul style="list-style-type: none"> • Suite d'une hémorragie grave (uniquement si état hémodynamique corrigé et stable) en prévision d'une embolisation et/ou prise en charge en réa/soins continus. • Pré éclampsie à diriger vers service de réanimation • Pathologies graves et spécifiques maternelles, ou décompensées.
Indications fœtales		<ul style="list-style-type: none"> • Rupture prématurée des membranes • Menace d'accouchement prématurée sévère • RCIU sévère à risque d'extraction imminente (sans anomalies de l'ERCF) • Pathologies fœtales nécessitant une PEC urgente sur un plateau technique spécialisé (ex : STT, anasarque)

✓ Non-indications de transport ne relevant pas de la cellule de transfert :

- RCIU isolé.
- Malformations fœtales avec nécessité de prise en charge spécialisée sans accouchement à court terme.
- Pathologies chroniques non obstétricales sans engagement du pronostic maternel.
- Pathologie maternelle ou fœtale ne relevant pas d'une prise en charge en urgence mais d'une orientation.
- Placenta prævia sans épisode hémorragique.

ANNEXE 1 (suite) - Liste indicative des indications, non indications et contre-indications aux transferts maternels.

✓ Contre-indications

Contre-indications maternelles	TIU	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie active en cours : placenta praevia ou accreta suspecté, HRP, hémorragie de Benckiser. • Pré éclampsie sévère non contrôlée ou avec complication sévère à risque de décompensation au cours du transport (hématome sous capsulaire hépatique, œdème aigu pulmonaire) et/ou requérant une extraction fœtale immédiate (éclampsie). • MAP avec dilatation du col \geq 4cms : discussion au cas par cas (fonction cinétique dilatation sous tocolyse, tolérance fœtale, nature établissement demandeur, durée de transport). • Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle. • Patiente à haut risque d'accouchement pendant le transport.
	TPP	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie du post partum avec un état hémodynamique instable (indication à une chirurgie d'hémostase sur place). • Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle.
Contre-indications fœtales		<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ERCF nécessitant une extraction rapide. • Suspicion d'hématome rétro placentaire, hémorragie de Benckiser • Risque d'accouchement pendant le transport (délai de transport estimé supérieur au délai de survenue estimé de l'accouchement)

ANNEXE 2 - Listes indicatives des vecteurs de transport fonction des indications de transfert

✓ Indications de transport médicalisé, classe 3 = SMUR

TIU	<ul style="list-style-type: none"> - MAP avec dilatation du col ≥ 4 cm et terme < 30 SA : À discuter au cas par cas en fonction du type de l'établissement demandeur et de la durée du transport La situation obstétricale devra être réévaluée avant le transfert de la femme. -RPM avec dilatation du col ≥ 4 cm et terme < 30 SA : À discuter au cas par cas en fonction du type de l'établissement demandeur et de la durée du transport La situation obstétricale devra être réévaluée avant le transfert de la femme. À partir de 32 SA, une dilatation du col à 4 cm ou plus est une contre-indication au transfert. -Toute femme enceinte sous Sulfate de Mg IV - Prééclampsie sévère avec transfert vers une maternité de type adapté si signes de sévérité ou complications systémiques maternelles/fœtales entre 24-36 SA): HELLP Syndrome si absence de signes d'éclampsie ou d'HRP OAP - Placenta prævia avec métrorragies depuis < 12h sans saignement actif et pour un transport de plus de 30 minutes. - Pathologies maternelles et obstétricales nécessitant une prise en charge spécialisées en urgence (femme dont l'état de santé est compatible avec un transport).
TPP	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies postnatales sévères (cf. TPN). - Décompensation de pathologie maternelle sévère / Pathologie maternelle aiguë sévère (femme dont l'état de santé est compatible avec un transport) ex : AVC, Acidocétose sévère, Insuffisance respiratoire aiguë... - Prééclampsie sévère. - Hémorragie du post-partum sévère avec une hémodynamique corrigée et stable.

✓ Indications de transport paramédicalisé, classe 2 = TIIH

TIU	<p>MAP avec ouverture col < 4cm :</p> <ul style="list-style-type: none"> + MAP d'une grossesse gémellaire avec tocolyse IV par atosiban (à défaut classe 1, si vecteur de classe 2 indisponible) + MAP d'une grossesse simple ou gémellaire avec tocolyse IV autre que atosiban. <p>La situation obstétricale devra être réévaluée avant le départ du transfert de la femme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prééclampsie sévère vers une maternité de type adapté si signes de sévérité ou complications systémiques maternelles/fœtales entre 24-36 SA : avec critères biologiques isolés hors HELLP Syndrome. Possibilité de TIIH pour HELLP Syndrome sans vomissement/douleur abdominale en cas de transport médicalisé non disponible dans un délai raisonnable (discussion au cas par cas) Hors traitement par Sulfate de MG+ : CI ++ au transport paramédicalisé. - Placenta prævia avec des métrorragies de moins de 12 heures sans saignement actif actuel et pour un transport de moins de 30 minutes. - Stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) - Pathologies maternelles et obstétricales nécessitant une prise en charge spécialisées en urgence et une surveillance scopée mais stable et avec un faible risque d'aggravation pendant le transport (crise d'asthme, suite de traumatisme...)
TPP	<ul style="list-style-type: none"> - Décompensation de pathologie maternelle / Pathologie maternelle aiguë modérément sévère nécessitant une surveillance scopée mais stable et avec un faible risque d'aggravation pendant le transport.

ANNEXE 2 (suite) - Listes indicatives des vecteurs de transport fonction des indications de transfert

✓ Indications de transport non médicalisé, classe 1 = ambulance simple

TIU	<ul style="list-style-type: none">- Rupture prématurée des membranes avant terme- MAP avec ouverture col < 4cm :<ul style="list-style-type: none">+ MAP d'une grossesse simple ou gémellaire sans tocolyse IV.+ MAP d'une grossesse simple avec tocolyse IV par atosiban. <p>La situation obstétricale devra être réévaluée avant le départ de la femme.</p> <ul style="list-style-type: none">- Placenta prævia sans saignement actif depuis au moins 12h, sans retentissement hémodynamique.- Prééclampsie sans signe fonctionnel et avec une hémodynamique stabilisée sans antihypertenseur intraveineux
TPP	<ul style="list-style-type: none">- Décompensation de pathologie maternelle / Pathologie maternelle aiguë peu sévère nécessitant une prise en charge spécialisée non disponible dans l'établissement initial.- Complications maternelles du post-partum nécessitant des soins non disponibles dans la maternité initiale.- Rapprochement mère-enfant.



FICHE DE LIAISON DANS LE CADRE DE TRANSFERTS MATERNELS

A renseigner par le service demandeur, à transmettre au transporteur et receveur

TYPE DE TRANSFERT : TIU TPP TIU DE REORIENTATION RME

DONNEES ADMINISTRATIVES

Etablissement demandeur : **Date et heure de l'appel :**

Coordonnées du service demandeur :

Nom et Tel du médecin demandeur :

Sage-femme en charge de la patiente : Tel :

Etablissement receveur :

Médecin ayant accepté le transfert :

Moyen de transport : Classe 1 (non médicalisé) Classe 2 (paramédicalisé)
 Classe 3 (médicalisé) terrestre Classe 3 (médicalisé) hélicoptéré

Identité du transporteur : **Date et heure du départ :**

INFORMATION LA PATIENTE et MOTIF TRANSFERT

TERME : ... SA + ... J **DDG :**

Gr. Unique Gr. Multiple type ...

Gestité : ... / **Parité :** ... **IMC :**

Antécédents notables / allergies / traitements antérieurs :

Etiquette patiente
 Ou Nom/Prénom
 DNN
 CP ou ville de résidence

Groupe Rh : **RAI :** Le **Rophylac** oui non **si oui dose et date**

Toxo	Rubéole	TPHA	HIV	AgHBS	HVC	CMV
------	---------	------	-----	-------	-----	-----

INDICATION DU TRANSFERT :

RPM si oui préciser date et heure de rupture **Couleur LA**

MAP **Prééclampsie** **Métrorragies / prœvia :**

RCIU Si oui préciser Percentiles **Dopplers** **PFE**

DATE ET HEURE DE L'EXAMEN :

Par (Nom, Fonction) :

TA : **Pouls :** **T° :** **BU :** **HU :**

TV :

ERCF (analyse) :

CU : Oui, Fréquence, durée, intensité :
 Absence

Echographie col : **mm** **Echo obst :**

TRAITEMENTS EN COURS (voie, nom, dose, débuté le ...)

Corticoprophylaxie : Date et heure Nom / Posologie

Tocolyse :

ATB débutés le à Précisions :

Autres traitements Précisez
.....
.....

RESULTATS BIOLOGIQUES du : ____ / ____ / ____

GB Hb Plaquettes CRP

Créatinine ASAT/ALAT

PV Prot 24h ou RPC :

Bilans en attente de résultats :

TRANSFERT DU POST-PARTUM

Date et heure d'accouchement :

Indication du TPP : HPP sévère stabilisée Transfert de la femme en réanimation
 Prééclampsie Autre :

Accouchement par : voie basse voie basse instrumentale
 césarienne programmée césarienne en urgence

Préciser :

Délivrance : Pertes sanguines totales estimées :

Analgésie :

Thérapeutiques au cours du travail :

Commentaires :

ENFANT(S)

Poids : Apgar : Lieu d'hospitalisation :

Présenté(s) à ses parents : oui non

Commentaires autres :

SYNTHESE AVANT TRANSFERT :

- Transmission fiche info et consentement
- Réévaluation de la patiente avant départ
- Documents joints (possibilité joindre check list si complétée) :

- Carte groupe** **Copie du dossier** **Copie échographies** **Copie résultats biologiques**
- Traitement en cours** **VVP identifiées**

Nom et Signature Demandeur	Nom et Signature Transporteur	Nom et Signature Receveur
----------------------------	-------------------------------	---------------------------

Si évènements non optimaux : transmettre une fiche « Prise en Charge Inadaptée transfert », téléchargeable en ligne sur le site du réseau Périnatalité Bretagne – Thématique Transferts maternels



Check List transfert maternel

(Aide au process, permet de vérifier que rien n'est oublié avant le départ de la patiente)

- Copie du dossier médical (suivi grossesse, prescriptions et administrations médicamenteuses, +/- CR accouchement, +/- CRO)
- Carte de groupe sanguin ou 2 déterminations phénotypées (standard labo)
- Copie résultats bilans biologiques réalisés (sérologies, bilan du 6^{ème} mois, bilan à l'arrivée)
- Copie des CR échographies (T1, T2, T3, écho de référence, échographie obstétricale à l'admission)
- Copie des examens d'imagerie (radiopelvimétrie, scanner, IRM...)
- Copie du dernier ERCF
- Consultation anesthésie si réalisée
- Feuille de surveillance HPP le cas échéant
- Fiche de liaison **ou** courrier médical
- Fiche information transfert remise à la patiente
- Consentement au transfert signé



INFORMATION LIEE AUX TRANSFERTS DES FEMMES ENCEINTES ET DES NOUVEAU-NÉS

Les maternités de la région Bretagne travaillent ensemble au sein de Périnatalité Bretagne pour vous proposer une prise en charge adaptée à vos besoins. En cas de survenue d'une complication pendant la grossesse ou dans les suites de la naissance, des soins spécialisés peuvent être nécessaires et justifier un transfert vers un établissement ayant le service adapté à votre état de santé ou celui de votre enfant.

Les modalités de ces transferts ont été préalablement préparées par les membres du réseau en s'engageant pour votre sécurité et pour préserver les liens avec votre enfant et avec votre famille.

Plusieurs cas peuvent se présenter ¹ :

👉 **Vous êtes transférée pendant votre grossesse (transfert in utero)**, la maternité d'origine organise le transport vers l'établissement qui vous va vous accueillir. Ce transport est pris en charge par l'Assurance Maladie. Les médecins communiquent entre eux. Avec votre accord, ils s'échangent les données médicales nécessaires pour organiser le transport et préparer votre accueil.

Au départ comme à l'arrivée, les professionnels vous entourent, vous informent, vous expliquent les motifs de ce transfert, les soins qui vont être réalisés. Votre conjoint ou un proche pourra vous rejoindre.

Le retour **vers votre établissement d'origine (avec leur accord)** sera favorisé. Il sera organisé par l'équipe médicale si votre état de santé le permet et en fonction du terme de la grossesse.

👉 **Votre enfant est transféré dans un des services de néonatalogie**

Ce transfert inter-établissement est pris en charge par l'Assurance Maladie. Les médecins communiquent entre eux. Avec votre accord, ils s'échangent les données médicales nécessaires pour organiser le transport et préparer l'accueil de votre enfant.

Les professionnels vous entourent, vous informent, vous expliquent les motifs de ce transfert, les soins qui vont être réalisés. Ils reçoivent par écrit votre autorisation parentale pour pratiquer les soins

- Si votre état de santé le permet, et si une place est disponible à la maternité de l'établissement accueillant votre bébé, **vous y serez transférée dès que possible.**
- Si votre transfert n'est pas possible rapidement, tout sera mis en œuvre pour vous rapprocher de votre enfant.

Le retour **de votre enfant vers l'établissement d'origine** sera favorisé et organisé dès que sa prise en charge le permettra.

Dans le cadre de votre transfert, nous vous informons que :

Les informations médicales vous concernant sont conservées par la cellule régionale de transferts maternels de Périnatalité Bretagne, de façon anonyme et sécurisée, à des fins statistiques et d'amélioration des pratiques.

Vous pouvez accéder aux informations figurant dans votre dossier. Vous disposez par ailleurs, sous certaines conditions, d'un droit de rectification, d'effacement de ces informations, ou du droit de vous opposer ou de limiter leur utilisation.

Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement à Périnatalité Bretagne aux coordonnées figurant en bas de page. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation sur le site cnil.fr

¹ Les propositions faites par le réseau le sont pour votre sécurité mais vous restez au regard de la loi toujours libre du choix de votre établissement et libre de ne pas consentir à un traitement ou à la prise en charge proposée par le réseau

Réseau périnatal Bretagne
Siège social : 9 rue du capitaine Alfred Dreyfus 35000 RENNES
cellule.transfert@perinatalite.bzh <https://perinatalite.bzh>

Ce document est à remettre à la patiente

Réseau financé au titre du FIR par ARS Bretagne





FICHE DE CONSENTEMENT TRANSFERT MATERNEL

Je soussignée Mme

Reconnais avoir reçu le document d'information liée aux transferts des femmes enceintes :

Je consens au transfert qui m'a été proposé par le Dr

vers la maternité de

Je ne consens pas au transfert qui m'a été proposé par le Dr

vers la maternité de

Fait à, le / /

Signature de la patiente

Ce document médico-légal est de la responsabilité de l'établissement demandeur et doit être archivé dans le dossier patient



FICHE DE CONSENTEMENT TRANSFERT NEONATAL

Nous soussignés Madame....., Monsieur.....,

Reconnaissons avoir reçu le document d'information liée aux transferts des nouveau-nés et :

Consentons au transfert qui nous a été proposé par le Dr.....

vers la maternité de

Ne consentons pas au transfert qui nous a été proposé par le Dr.....

vers la maternité de

Fait à, le/...../.....

Signature des parents

Ce document médico-légal est de la responsabilité de l'établissement demandeur et doit être archivé dans le dossier patient



Prises en charges inadaptées ou non optimales lors des transferts périnataux

Dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge dans le réseau Périnatalité Bretagne, merci de signaler tout dysfonctionnement, ou prise en charge inadaptée, en particulier liée aux transferts ou au refus de transferts ou outborns.

Envoyez cette fiche par courriel à cellule.transfert@perinatalite.bzh

Auteur du signalement	
NOM	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Fonction	<input type="text"/>
Lieu d'exercice	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>

Acceptez-vous que votre nom soit évoqué en réunion de commission lorsque sera relaté ce signalement :
OUI NON

Dysfonctionnement, incident ou risque d'incident	
Date de l'événement	<input type="text"/>
Heure de l'événement	<input type="text"/>
Établissement demandeur	<input type="text"/>
Établissement receveur	<input type="text"/>
Autre.s structure.s impliquée.s	<input type="text"/>
Terme de grossesse ou de naissance	<input type="text"/>
Circonstances / Description des faits	
<input type="text"/>	
Conséquences constatées de la prise en charge inadaptée	
<input type="text"/>	

Contact sages-femmes de la Cellule de transferts : Tél. : 06 19 18 94 12 / 06 10 11 92 47



Tous transferts maternels
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00
hors jours fériés

Numéro unique transferts
02 56 00 77 77

Check-list :

Info patiente,
copie dossier,
fiche de liaison,
bon de transport si
ambulance privée...

Établissement demandeur
Indication médicale de transfert



Missions Cellule :

- Recherche de place
- Accord du médecin receveur
- Conférence téléphonique enregistrée jusqu'à 6 intervenants

Cellule de transferts maternels



SAMU
Régulation médicale du transfert



Établissement receveur
Accord médical du transfert

ars
Agence Régionale de Santé
Bretagne

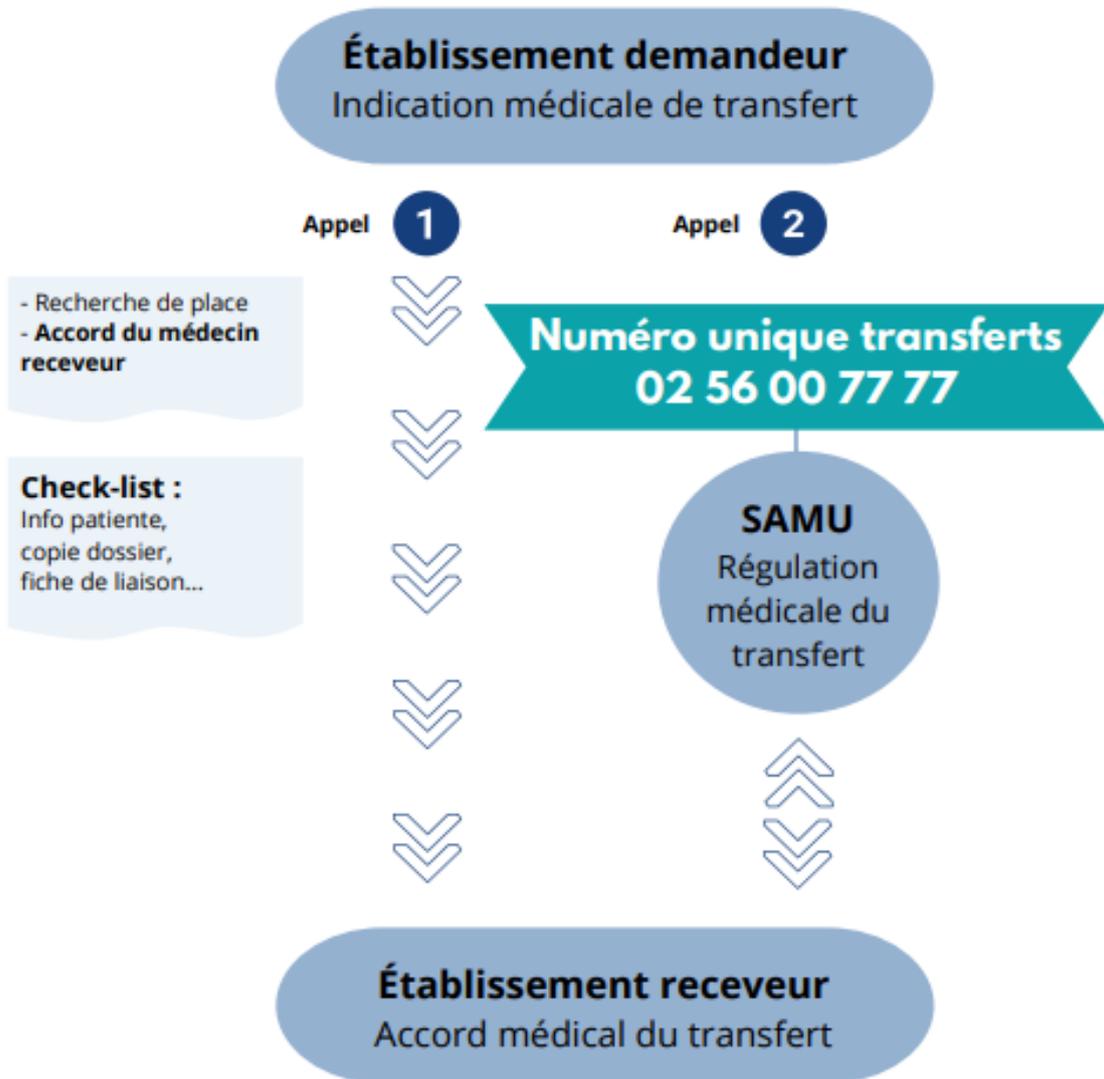


cellule.transfert@perinatalite.bzh



Transferts maternels médicalisés ou paramédicalisés

du lundi au vendredi de 18h00 à 8h30
week-ends et jours fériés



ANNEXE 9 - Rôles des différents intervenants lors d'un transfert maternel

Gynécologue-obstétricien ou sage-femme Etablissement demandeur	Sage-femme Cellule de transferts maternels	Gynécologue-obstétricien ou sage-femme Etablissement receveur	Médecin régulateur et de l'ARM superviseur SAMU
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'absence de CI au transfert en estimant aussi la faible probabilité d'accouchement pendant le transport. • Appeler la cellule de transferts. • Décrire l'histoire clinique et l'indication de transfert. • Echanger par téléconférence avec le GO receveur, médecin régulateur SAMU, pédiatres, anesthésistes si besoin. • Compléter la fiche de liaison de transfert ou rédiger un courrier médical : noter les posologies et heures d'administration des médicaments ; identifier les perfusions ; transmettre un courrier et les copies des bilans et examens réalisés (check list). • Remettre la fiche information à la patiente • Accueillir l'équipe de transport, réaliser les transmissions, réévaluer la situation avant départ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recueillir l'indication de transfert. • Evaluer le degré d'urgence. • Identifier une maternité avec un lit disponible pour la mère et une place pour le nouveau-né. Vérifier l'adéquation de la pathologie présumée avec le service receveur (plateau technique, éloignement). • Recueillir l'accord du gynécologue-obstétricien receveur et la validation du vecteur par le médecin régulateur si transport médicalisé ou paramédicalisé nécessaire. • Proposer une téléconférence. Si téléconférence non souhaitée ou non réalisable (indisponibilité des acteurs), transmettre les informations entre GO demandeur, receveur et médecin régulateur. • Prendre des nouvelles du devenir de la patiente à J2 et J7 pour en informer le demandeur (accouchement, hospitalisation ou retour à domicile). • Compléter le dossier informatisé et pseudonymisé pour traçabilité réseau (données épidémio). 	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmer la disponibilité en lits sur les unités d'obstétrique et de néonatalogie. • Confirmer l'absence de contre-indication au transfert. • Prendre note de l'histoire clinique, de l'indication, des thérapeutiques en cours. • Echanger par téléconférence avec le GO demandeur, médecin régulateur SAMU, pédiatres, anesthésistes si besoin. • Accueillir la patiente à l'arrivée de l'équipe de transport. • Assurer un retour d'information vers le demandeur et les professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse (compte rendu d'hospitalisation). 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer un Dossier Régulation Médicale • Vérifier l'absence de contre-indication au transfert. • Valider le niveau de médicalisation du transport et décider du vecteur. • Organiser le transport en fonction de la médicalisation souhaitable, des moyens disponibles et des délais. • Informer le service demandeur de l'heure présumée de départ de la patiente • Informer le service receveur de l'heure prévue d'arrivée de la patiente. • Transmettre à la cellule le DRM par messagerie sécurisée.

ANNEXE 10 – Liste des membres du COPIL

✓ Gynécologues-obstétriciens, pédiatres et sages-femmes coordonatrices en maïeutique

	Gynécologues - Obstétriciens	Pédiatres	SF coordonatrices en maïeutique ou coordonatrices
NIV1			Agathe Minguet Joannique Vanhove
NIV 2	Charles Bellot	Gaëlle Cornen	Catherine Bourgault Chloé Fauchoux/P-E Brient
NIV3	Linda Lassel	Jennifer Chauvel Stéphanie Malexieux Evrard	Marie Gourdel Agnès Briard

✓ SAMU

- Dr Françoise Cellier (SAMU 22 et Réseau Bretagne Urgence)
- Dr Anne-laure Le Lan Schnell et Pr Louis Soulat (SAMU 35)

✓ Réseau Périnatalité Bretagne

- Président : Gildas Tréguier
- Directrice médicale : Catherine Plesse
- Les sages-femmes de la cellule : Cécile Houssais et Marie Peran