



CONVENTION RÉGIONALE DE COOPÉRATION POUR L'ORGANISATION DES TRANSFERTS (INTER HOSPITALIERS OU INTER ETABLISSEMENTS) DANS LE CADRE DU RESEAU PÉRINATAL DE GUYANE

Entre,

Le **Réseau Périnatal de Guyane**, sis (59 Avenue Voltaire 97 300 CAYENNE) ; représenté par Monsieur Herliche FAGLA agissant en qualité de Président, désigné ci-après « **Réseau PERINAT GUYANE** ».

D'une part

Et,

Le **Centre Hospitalier de Cayenne Andrée ROSEMON**, établissement public hospitalier (maternité de type III), sis (Avenue des flamboyants BP 6006 97306 CAYENNE) ; représenté par son Directeur, désigné ci-après « **CHAR** »,

Et

Le **Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Frank JOLY**, établissement public hospitalier (maternité de type IIB), sis (Boulevard de la Liberté BP 245 97393 SAINT-LAURENT-DU-MARONI Cedex) ; représenté par son Directeur, désigné ci-après « **CHOG** »,

Et

Le **Centre Hospitalier de Kourou**, établissement public hospitalier (maternité de type IIA), sis (Avenue des îles - BP 703 97310 KOUROU) ; représenté par son Directeur, désigné ci-après « **CHK** »,

Et

La **Clinique Véronique - Centre de Santé Guyanais**, établissement Médico Chirurgical Obstétrical d'hospitalisation privée (maternité de type I), sis (1453 Route de Baduel 97300 CAYENNE) ; représenté par sa Directrice, désignée ci-après « **Clinique Véronique** »,

D'autre part.

Vu le décret 98-899 du 9 Octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale,

Vu la circulaire DH/EO 3 n° 99-402 du 8 juillet 1999 relative à l'application de l'arrêté du 1er avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale et en application du plan de périnatalité d'avril 1994 ayant fixés 3 niveaux de maternités correspondant à des niveaux de soins de néonatalogie différents,

Vu la loi 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, faisant mention dans son chapitre V aux missions des réseaux de santé,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

ARTICLE I : OBJET

La présente convention a pour objet l'organisation des transferts in utero, néonataux et post nataux dans le cadre du Réseau PERINAT GUYANE, sur l'ensemble du territoire guyanais. Et ceci, entre les établissements de soins cosignataires.

Qu'il s'agisse de transferts in utero, postnatals ou néonataux, ils ont pour but de permettre le maintien de la proximité entre la mère et son enfant tout en assurant leur sécurité. Ils comportent deux temps :

- un temps de régulation
- et, un temps de transport.

Le critère sécurité répond aux différentes pathologies dont la gravité définit le niveau de maternité selon les soins exigés (I, II ou III).

Le critère proximité doit prendre en compte la distance entre les services envoyeurs et receveurs ainsi que le domicile des parents.

ARTICLE II : L'ORGANISATION DES TRANSFERTS IN UTERO (TIU)

Le TIU a pour objectif principal de réduire la mortalité et/ou la morbidité néonatale. Il est préconisé lorsque l'hospitalisation de l'enfant est prévisible avant la naissance et que la maternité ne dispose pas d'une structure d'hospitalisation néonatale adaptée. En conséquence, il est recommandé de transférer la mère (avant la naissance) dans une autre maternité qui elle, peut prendre en charge l'enfant sur place. Et ceci, afin d'éviter un transfert extra-muros postnatal.

Le transfert est dit ascendant quand l'indication soit maternelle soit foetale nécessite la prise en charge vers une maternité de type supérieur (en terme de niveau de prise en charge néonatale).

Il est dit descendant, dans le cadre d'un transfert vers une maternité de type inférieur. Il s'agit généralement d'une réorientation qui désigne le retour vers la maternité de départ.

La patiente est alors transférée par un moyen de transport (médicalisé ou non) vers l'établissement receveur dont le niveau de soin est adapté tant pour la mère que pour l'enfant à naître.

Ce type de transfert est organisé entre les présentes parties, selon les conditions suivantes.

II.1 : Décision de transfert

Le SAMU et ses moyens se mettent à la disposition des services prescripteurs de ces transferts (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) et analysent conjointement les moyens nécessaires à la protection de la mère et de l'enfant pendant le transport

(Cf. Support décisionnel: 4. Définition des classes de transports).

Les transferts entre les établissements de soins locaux s'organisent de la façon suivante :

Des CPDS ¹ vers le CHOG (type IIB) ou le CHAR (type III)	De la Clinique Véronique (type I) vers le CHAR (type III)	Du CHK (type IIA) vers le CHAR (type III)	Du CHOG (type IIB) vers le CHAR (type III)
Pas de limite inférieure en SA ² en cas de nécessité de transfert.	Prématurité entre 25 et 35 SA.	Prématurité entre 25 et 34 SA.	Prématurité entre 25 et 33 SA.
Etablissement receveur à choisir selon : ☞ la proximité du site ☞ ou le niveau de prise en charge néonatale.	Poids de naissance estimé inférieur à 2000 grammes. Prévision d'une situation instable à la naissance : malformation cardiaque, digestive, asphyxie antenatale, etc. Toute pathologie maternelle sévère pouvant nécessiter une prise en charge spécialisée ou en réanimation adulte.	Poids de naissance estimé inférieur à 1800 grammes.	Poids de naissance estimé inférieur à 1500 grammes.

II.2 : Organisation du transfert

Le transfert doit être organisé dans le strict respect du droit au libre choix de la patiente.

Le transfert a lieu après concertation téléphonique entre l'Obstétricien qui demande le transfert et l'Obstétricien, le Pédiatre et l'Anesthésiste du service receveur. La procédure est la suivante :

- La demande de transfert est effectuée par le médecin sénior du service demandeur au médecin sénior de garde du service receveur (ni interne, ni sage-femme).
- Le gynécologue du service receveur, avant accord, doit contacter le pédiatre pour s'assurer de la disponibilité en lits et, ceci en fonction du degré d'urgence.
- Le gynécologue prévient la sage-femme de la salle d'accouchement.
- Après accord, l'établissement demandeur prévient le SAMU pour l'organisation du transfert.
Lors de la demande de transfert, sont communiquées et transmises par l'établissement demandeur:
 - toutes les informations nécessaires à une prise en charge adaptée (exemples : Identité de la patiente, motif et terme au transfert, examen clinique...),
 - ainsi qu'une copie, lors du transfert physique de la patiente, de l'ensemble du dossier destiné à l'équipe de l'établissement receveur (observation clinique, échographies, résultats biologiques, traitements instaurés,...),
 - et enfin, **la fiche de transfert in utero** éditée par le réseau PERINAT GUYANE.

L'indication du transfert est définie dans le respect des éventuelles contre-indications au transport (Cf. Support décisionnel: 5. Contre-indications au transfert in utero), l'obstétricien demandeur en a la responsabilité.

¹ CPDS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins

² SA : Semaine d'Aménorrhée

II.3 : Modalités de transport

Le choix du mode de transport est déterminé conjointement par les deux obstétriciens, les anesthésistes des établissements concernés et le SAMU.

Le choix de classes de transport définies en *Annexe (Support décisionnel: 3. Codage couleur du niveau d'urgence du TIU et 4. Définition des classes de transports)*, auxquelles sont rattachées des codes couleur, adaptées aux pathologies obstétrico-néonatales rencontrées et à la distance kilométrique, sont sous la responsabilité du médecin demandeur et du médecin régulateur du SAMU quand il a été sollicité.

II.4 : Cas particulier du transport sanitaire hors région

Ce type de transfert, couramment dénommé ÉVASAN (ÉVAcuation SANitaire), doit être organisé :

- par l'établissement demandeur lors d'une EVASAN programmée (par exemple après découverte d'une malformation fœtale non prise en charge à la naissance en Guyane et avis d'un CPDPN)
- par le CHAR lorsque l'hospitalisation du patient en niveau 3 est indiquée pour sa prise en charge sur le territoire.

II.5: Retour d'information et retransfert

Le service receveur s'engage à donner régulièrement des nouvelles de la patiente à l'obstétricien qui l'a adressée, sauf opposition de la patiente.

Il s'engage également à retransférer la patiente dès que cela est possible c'est-à-dire dès que le niveau de soin de l'établissement initial est à nouveau adapté à la situation médicale de la patiente et de son enfant.

Le service demandeur, de son côté, s'engage à accueillir la patiente dès que cela est réalisable.

Les modalités de retransfert sont précisées entre les deux obstétriciens et en accord avec la patiente.

ARTICLE III : LE TRANSFERT NEONATAL

III.1 : Décision de transfert

La décision de transfert est prise entre pédiatres de garde des établissements demandeur et receveur et selon les critères suivants : le risque vital, le degré de prématurité. Ainsi, en fonction de ces critères, une orientation des transferts est définie et présentée ci-dessous :

Depuis les CDPS	De la Clinique Véronique (type I) vers le CHAR (type III)	Du CHK (type IIA) vers le CHAR (type III)	Du CHOG (type IIB) vers le CHAR (type III)
Prématurité inférieure à 37 SA.	Prématurité comprise entre 25 SA et 35 SA.	Prématurité comprise entre 25 SA et 34 SA.	Prématurité entre 25 SA et 33 SA.
	Poids de naissance inférieur à 2000 grammes.	Poids de naissance inférieur à 1800 grammes.	Poids de naissance inférieur à 1500 grammes.
Situation instable à la naissance : détresse respiratoire, INBP, troubles hémodynamiques, ...	-Situation instable à la naissance : détresse respiratoire, INBP, troubles hémodynamiques... -Nouveau-né nécessitant une prise en charge néonatale (ictère, infection, hypoglycémie persistante...)	Situation symptomatique (infectieuse, respiratoire, métabolique...) non rapidement stabilisée.	

Détresse vitale dès que l'état clinique de l'enfant permet son transport

III.2 : La régulation

Elle se fait à deux niveaux :

- Un premier niveau décentralisé à l'échelon du bassin de vie entre médecins obstétriciens ou néonatalogistes des services demandeurs et les néonatalogistes des services receveurs.
- Un second niveau centralisé au SAMU sur demande médicale pour conseil, pour assurer le transport d'un nouveau-né nécessitant des soins techniques réalisés uniquement par le SMUR³ pédiatrique.

Dans toute situation d'urgence, le SAMU doit être prévenu le plus précocement possible en anténatal.

III.3 : Modalités de transfert

La demande de transfert se fait sous la responsabilité du médecin demandeur (pédiatre ou gynécologue) qui prend contact lui-même avec le pédiatre du lieu où le nouveau-né est transféré.

Les modalités du transfert sont arrêtées après concertation entre les deux équipes concernées et le régulateur du SAMU.

III.4 : Retour d'information et retransfert néonatal

Le service de Néonatalogie/ Soins Intensifs/ Réanimation néonatale de l'établissement receveur fournit les informations sur l'état de santé des nouveau-nés aux médecins de la maternité ou de l'unité de néonatalogie, dans les délais utiles pour leurs relations avec les familles et les médecins traitants.

Le service de Néonatalogie /Soins Intensifs/Réanimation néonatale de l'établissement receveur s'engage, quant à lui, à retransférer les nouveau-nés **dès que leur état le permet** et que l'établissement d'origine est **en capacité à accueillir** les enfants.

Les modalités des retransferts sont précisées entre les pédiatres néonatalogistes des deux équipes et en accord avec les parents. Son organisation revient au service demandeur.

³ SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

ARTICLE IV : TRANSFERT POST-NATAL DES ACCOUCHEES

IV.1 : Décision de transfert

Elle concerne :

- Rapprochement mère-enfant sous réserve de place disponible
- Réanimation adulte ou soins spécialisés non disponibles sur le site d'accouchement (vers le CHAR type III) :

- ☞ Crise d'éclampsie après évacuation utérine,
- ☞ Pré éclampsie avec dysfonctionnement d'organes
- ☞ Hémorragie de la délivrance grave avec troubles de la coagulation après stabilisation de l'hémorragie,
- ☞ Embolie pulmonaire,
- ☞ Embolie amniotique ou
- ☞ Toute pathologie sans rapport avec la grossesse mais nécessitant une prise en charge de réanimation.

IV.2 : Modalités

La demande et l'organisation du transfert se font sous la responsabilité du médecin demandeur qui prend contact lui-même avec le médecin du service de l'établissement receveur.

En cas de nécessité de transfert de la patiente vers un service de réanimation :

- a. Appeler le réanimateur de garde de l'établissement receveur pour accord.
- b. Prévenir le gynécologue-obstétricien de garde pour information ou pour réorientation de la patiente si cette dernière n'a pu être admise en réanimation.
- c. **Appeler la régulation du SAMU**, pour l'organisation du transfert, qui déterminera le degré de médicalisation du transport en fonction de l'état de la patiente, ainsi que le lieu de destination en cas de litige de l'unité réceptrice pour la prise en charge.
- d. Prise en charge de l'enfant dans une unité de soins adaptée (UK/néonate) si pas de possibilité d'accueil dans la maternité d'origine (en particulier Clinique Véronique, CDPS)

ARTICLE V: TRANSFERTS IN UTERO ET NEONATAUX DESCENDANTS

Tout particulièrement en cas de sur activité en obstétrique ou en néonatalogie :

- les services de consultations d'obstétrique et d'hospitalisation s'engagent à mettre tout en œuvre pour informer et proposer aux patientes ne relevant pas de leur niveau de soins d'être orientées ou transférées vers un niveau de soins inférieur même plus distant de leur domicile
- les services de néonatalogie doivent faciliter les transferts vers les services de néonatalogie et d'unité kangourou des autres établissements de Guyane et envisager les sorties en HAD
- La mutualisation des transports inter établissements doit être optimisée.

ARTICLE VI: ORGANISATION DES TRANSFERTS EN PERIODE DE SUR OCCUPATION

En cas de sur activité sur les filières obstétricales et/ou néonatales, les établissements de soins doivent contacter le réseau Périnat afin d'activer la cellule de coordination de crise.

Un référent de la filière néonatale et obstétricale de chaque établissement est chargé de transmettre au réseau :

- l'état de la situation des lits des différents secteurs, au minimum quotidiennement et en fonction des modifications
- une copie des demandes de transferts adressées, au moyen des fiches de transfert accompagnées des données sociales des patients.

Le réseau :

- recense et transmet par mail à l'ensemble des partenaires et à l'ARS les places disponibles sur la Guyane et si besoin aux Antilles,
- organise les réunions quotidiennes de crise en audioconférence en y invitant l'ensemble des acteurs concernés
- met à jour la liste des demandes de transfert en attente.

ARTICLE VII: ÉVALUATION DES ACTIONS

Une évaluation de l'application de cette convention est effectuée au moins une fois par an selon les modalités proposées dans le cadre du Réseau PERINAT GUYANE.

Les dossiers de transferts difficiles pourront être débattus dans le cadre du Conseil scientifique du réseau.

Une fiche d'incident de transfert doit être remplie et adressée par mail au Réseau.

Tous les outborn nés sur le territoire doivent être déclarés au réseau Périnat par la fiche d'incident de transfert.

ARTICLE VIII : DURÉE DE VALIDITÉ ET RÉVISION

La présente convention est conclue pour une durée d'UN AN à compter de la signature et sera tacitement reconduite à l'issue du bilan final qui sera validé par le Conseil scientifique du Réseau PERINAT GUYANE.

Elle pourra être révisée à tout moment à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires. Cette révision devra faire l'objet d'un avenant.

La présente convention annule toute convention préexistante.

ARTICLE IX : RÉSILIATION ET LITIGES

Cette convention peut être résiliée par l'une des quatre parties, avec un préavis de 3 mois, par un courrier adressé au Réseau PERINAT GUYANE explicitant les motifs de la demande.

Les litiges entre parties ne doivent en aucun cas « entraver » une prise en charge adaptée et sécurisée de la mère et de l'enfant.



Fait à Cayenne

Fait à St Laurent du M.

Le 05/07/2019

le 05/07/2019

Pour le Réseau Périnatal Guyane

Pour le CHOG,

Le Président
Dr H. FAGLA

Le Directeur



~~CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS~~
"Franck JOLY"
Directeur
Jean-Mathieu DEFOUR



Fait

à CAYENNE

Le 25/07/19

Pour le Réseau Périnatal Guyane

Le Président
Dr H. FAGLA



Fait

à CAYENNE

le 22/07/2019

Pour le CHC,

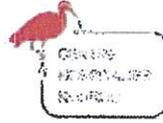
Le Directeur

CHRISTOPHE
ROBERT



RESEAU PERINAT GUYANE
 59, Avenue Voltaire
 97300 CAYENNE
 Tél.: 0594 27 16 01
 Fax: 0594 35 54 37
 N° SIRET: 444 999 965 000 23
 Email: reseauperinatguyane@gmail.com





Fait à Cayenne

le 05/07/2019

Pour le Réseau Périnatal Guyane

Le Président
Dr H.FAGLA



Fait à Kourou

le 09/07/2019

Pour le CHK,

Le Directeur





Fait à Cayenne

le 05/07/2019

Pour le Réseau Périnatal Guyane

Le Président

Dr H. FAGLA



Fait à Cayenne

le 5/7/2019.

Pour la clinique Véronique,

La Directrice

