



## CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU PERINATAL DES 2 SAVOIE

Vu les articles 29 et 30 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée,

Vu l'article R 712-89 du décret n° 98-899 du 09 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics ou privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale,

Vu la circulaire DH/EO/97/277 du 09 avril 1997 relatif à la création et à la mise en œuvre des réseaux de soins,

Vu le rôle dévolu au réseau, en tant que nouvelle forme d'organisation des soins, favorisant la coordination des professionnels et la coopération des établissements de santé d'une zone géographique pour une meilleure réponse globale de l'offre de soins,

Les établissements de santé publics et privés nommément désignés dans la liste figurant en annexe s'organisent en fonction des soins pédiatriques et des compétences chirurgicales que chaque établissement est capable d'assurer en : centre périnatal, maternité, maternité avec néonatalogie (et éventuellement soins intensifs) ou maternité avec réanimation néonatale.

La mise en réseau des différents établissements de santé a pour but de favoriser un meilleur suivi, une amélioration des prises en charge en permettant, notamment, d'orienter les parturientes vers le type de maternité le mieux adapté aux regards des risques néonataux prévisibles et de transférer, si besoin, les enfants vers les unités de néonatalogie, de soins intensifs ou de réanimation néonatale.

Ces établissements de santé publics et privés expriment par le présent réseau leur volonté de constituer et mettre en œuvre des actions de partenariat, sans lien hiérarchique entre les différents acteurs, en vue d'améliorer la prise en charge globale des soins périnataux, à travers une graduation et une continuité des soins.

Ce réseau s'inscrit dans le cadre défini par le schéma d'organisation sanitaire et social de la région Rhône-Alpes et par les ordonnances du 24 avril 1996. Les établissements du réseau s'engagent à respecter les dispositions qui seront édictées par le réseau, en cours de validation au niveau de l'Agence Régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, et de respecter également les dispositions prévues dans le guide " la sécurité périnatale " édité par l'Agence précitée.

Ce réseau repose sur la définition d'une bonne organisation de la prise en charge des soins de périnatalogie dans une perspective de complémentarité des institutions et d'optimisation de la gestion des risques. Il doit permettre la prise en charge des patientes le plus près possible de leur domicile à l'exception des situations exigeant un plateau technique spécifique.

Le réseau se veut ouvert à tout acteur de santé, public ou libéral, dont la contribution pourrait concourir aux buts généraux qu'il s'est donné. L'adhésion à ce réseau ne porte en aucun cas, préjudice aux conventions que l'un des participants pourrait avoir avec d'autres établissements dans le réseau ou à l'extérieur.



La convention constitutive, ci-après, définit le cadre de l'exercice du réseau de soins périnataux.

### **Article 1 - Constitution du réseau de soins**

Un réseau de soins périnataux est créé sur l'initiative des établissements de santé nommément désignés en annexe. Ce réseau est ouvert aux professionnels libéraux (médecins, sages-femmes...) et de PMI.

Chaque établissement devra préciser le niveau de soins de périnatalogie auquel il prétend en fonction des moyens qu'il entend mobiliser et en accord avec les impératifs organisationnels relatifs à son niveau de soins.

Un comité de pilotage est mis en place (se rapporter à l'organigramme du réseau).

### **Article 2 - Domaine d'activité et Objectifs du réseau de soins**

Le présent réseau fixe les principes de fonctionnement de prise en charge des soins de périnatalogie dans la région Savoie - Haute Savoie auxquels s'ajoutent le CH de Belley et le secteur Bellegarde et Pays de Gex (Ain). Les objectifs poursuivis par le présent réseau sont les suivants :

- Promouvoir le principe d'amélioration de la qualité des soins délivrés.
- Favoriser le maintien du lien familial ou social des nouveau-nés et de leur mère.
- Assurer la continuité, la coordination des soins et la meilleure orientation de la parturiente dans le respect des principes de graduation des soins délivrés par les acteurs partis prenantes au réseau.
- Mettre en place après évaluation, des actions ciblées, durables ou ponctuelles, dans le domaine de l'éducation sanitaire et de la formation permanente.

### **Article 3 - Organisation et graduations des soins**

Les acteurs du réseau conviennent de se conformer aux dispositions de la convention constitutive et aux recommandations reprises dans chacun des documents de consensus figurant en annexe concernant 4 points particuliers :

- 1 - L'organisation des soins obstétricaux et des transferts in-utéro
- 2 - L'organisation des soins néonataux et des transferts des nouveau-nés
- 3 - L'organisation d'un comité de pilotage et d'un comité d'évaluation
- 4 - L'appel de la cellule de régulation régionale pour tout transfert périnatal

Cette définition d'organisation, partagée par les membres du réseau, a naturellement vocation à être amendée en fonction de la parution à venir des dispositions réglementaires opposables dans le domaine de la périnatalogie.

Elle repose sur les principes suivants :

- Tous les établissements ne peuvent avoir vocation à dispenser l'ensemble des soins périnataux
- Il est nécessaire de réaliser, un maillage de la région afin d'assurer la qualité à travers une prise en charge de proximité adaptée
- Il est souhaitable d'harmoniser les pratiques entre les différents professionnels.



#### **Article 4 - Fonctionnement du réseau et déontologie**

Chaque établissement en fonction des soins périnataux qu'il dispense, s'efforce de favoriser une adéquation entre le niveau d'activité, le niveau de risque des cas pris en charge et les moyens qu'il accepte de mobiliser.

Outre le respect du code de déontologie médicale, la recherche d'une démarche commune déontologique prendra principalement trois orientations :

- Le respect de la confraternité, de la confidentialité des informations recueillies dans le fonctionnement du réseau
- L'adoption d'une attitude consensuelle et éthique entre les acteurs des différents niveaux de soins
- L'adoption d'une attitude commune à l'égard des interlocuteurs non-membres du réseau.

#### **Article 5 - Echanges et circulation des informations**

Le travail de mise en réseau des informations réciproques et de coordination des acteurs de périnatalogie s'articule autour de la reconnaissance des documents de consensus visés à l'article 3.

Les acteurs participant au réseau travailleront à l'harmonisation du système d'information pour optimiser le suivi des parturientes et favoriser l'échange et la communication (adoption d'un dossier minimum commun de soins d'obstétrique, de néonatalogie et éventuellement d'anesthésie, élaboration de fiches de liaison, télé médecine, ...).

#### **Article 6 - Animation du réseau**

Cette fonction comportera, en particulier, par l'intermédiaire du comité de pilotage prévu à l'article 3, et de la cellule de coordination.

- La circulation rapide de toute information utile au fonctionnement du réseau,
- La promotion d'actions de formation continue et d'actualisation des connaissances des professionnels participant au réseau (personnels médicaux et personnels non-médicaux),
- La proposition d'actions d'évaluation des pratiques et des organisations,
- La constitution d'un thesaurus commun des pratiques médicales et des stratégies thérapeutiques.

#### **Article 7 - Obligations des parties**

Les établissements de santé s'engagent à faire connaître à leurs usagers, aux praticiens libéraux et aux autres acteurs de santé, l'existence de ce réseau et son fonctionnement.

La cellule de coordination du réseau produit un rapport d'activité annuelle qui sera transmis aux praticiens et aux directeurs des établissements de santé participants au réseau.

Les établissements disposant d'une unité de néonatalogie avec ou sans soins intensifs ou d'une unité de réanimation néonatale doivent s'organiser pour pouvoir assurer les soins correspondants à leur niveau de soins.

Tout doit être fait pour respecter le libre choix des patientes dès lors qu'elles s'adressent à un établissement dont le niveau de soins correspond à leur niveau de risques.



Le transfert des patientes ne doit aboutir en aucun cas à un détournement de clientèle. Les retransferts seront systématiquement proposés favorisés et organisés vers l'établissement d'origine.

A l'occasion des transferts, les échanges d'informations se feront entre médecins seniors.

### **Article 8 - Agrément du réseau**

La convention constitutive du présent réseau a reçu l'agrément du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en date du 17 avril 2003. Les acteurs du réseau s'accordent sur la possibilité pour le Directeur de l'Agence d'inclure le réseau dans les opérations de contractualisation et de planification qu'il est amené à diligenter en matière de soins de périnatalogie.

### **Article 9 - Durée de la convention et renouvellement**

La présente convention constitutive est conclue pour une période d'une année et sera renouvelée annuellement par tacite reconduction.



## **ANNEXE 1 : Liste des établissements participant au Réseau Périnatal des 2 Savoie**

### Etablissements Publics :

- C.H. de CHAMBERY
- C.H. d'ALBERTVILLE-MOUTIER
- C.H. de St JEAN DE MAURIENNE
- C.H. de BOURG SAINT MAURICE
  
- C.H. de LA REGION D'ANNECY
- C.H. ALPES LEMAN
- C.H. de SALLANCHES (Hôpitaux du Mont Blanc)
- C.H. de THONON - EVIAN (Hôpitaux du Léman)
- HOPITAL INTERCOMMUNAL SUD-LEMAN VALSERINE  
(St Julien en Genevois)
- C.H. de BELLEY

### Etablissements Privés :

- Clinique Générale - ANNECY
- HOPITAL PRIVE SAVOIE NORD (Annemasse)

### Centres Périnataux de Proximité :

- CPP de CLUSES
- CPP d'AIX LES BAINS
- CPP de CHAMONIX

## **ANNEXE 2 : Organisation du dispositif de soins obstétricaux**

Dans chaque établissement, exercent des gynécologues - obstétriciens à compétence chirurgicale pratiquant habituellement des gestes de chirurgie gynécologique. A défaut, l'obstétricien doit pouvoir faire appel à un chirurgien viscéral de l'établissement.

Il est retenu une organisation des soins en obstétrique calquée sur celle des soins en néonatalogie.

### **Les centres périnataux de proximité**

Ils assurent le suivi prénatal des grossesses simples en liaison avec les établissements publics ou privés où sont effectués les accouchements. Ils doivent pouvoir mettre en œuvre le transport éventuel des parturientes sur leur lieu d'accouchement dans des conditions de sécurité requise. Sauf cas d'extrême urgence, il n'est pas réalisé de césarienne.

### **Les établissements ne disposant pas de néonatalogie**

Ils ont pour mission la prise en charge des grossesses et les accouchements de leur zone d'influence. En cas de risque identifié, le suivi prénatal des grossesses se fera en concertation avec les maternités du réseau en fonction du degré de pathologie.

Ces établissements doivent pouvoir assurer le transfert médicalisé des patientes avant ou après l'accouchement vers un établissement disposant d'un service de réanimation adulte. En cas de nécessité, ils doivent organiser le transfert des nouveau-nés vers une unité de néonatalogie, de soins intensifs ou de réanimation néonatale.

### **Les établissements disposant de néonatalogie mais sans réanimation néonatale**

Ils peuvent prendre en charge les grossesses pathologiques et d'une façon générale, toutes celles dont on peut prévoir la nécessité d'un accueil de l'enfant dans une unité de néonatalogie simple ou disposant de soins intensifs (cf. annexe 4). Du fait de l'absence de réanimation néonatale, ces structures ont vocation à accueillir les grossesses où il existe un risque d'accouchement entre 32 et 34 SA du fait d'un état pathologique.

Par ailleurs, ces établissements doivent être dotés d'un service de réanimation adulte polyvalente ou disposer d'une convention.

### **Les établissements disposant de néonatalogie et de réanimation néonatale**

Ils ont pour vocation d'accueillir les grossesses pathologiques à haut risque d'accouchement avant 32 SA ou d'enfants dont le poids est estimé à moins de 1500g. Ils prennent également en charge les grossesses à très haut risque materno-fœtal du fait de pathologies maternelles ou fœtales.

Ils possèdent une réanimation polyvalente adulte pour les mères.

## ANNEXE 3 : Organisation des transferts in utero

### Indications de transfert in utero entre structures obstétrico-pédiatriques de niveau de soins pédiatriques différents

La décision du niveau de transfert a lieu localement au niveau du service demandeur après concertation entre l'obstétricien, le pédiatre, l'anesthésiste réanimateur.

En dehors de l'urgence, la discussion est menée au staff matinal.

Pour ce faire, le recours à la connexion par télémédecine permettant une discussion collégiale est recommandé.

La **cellule de régulation Rhône-Alpes** est **impérativement et systématiquement contactée, d'emblée, avant tout transfert**, y compris pour les transferts décidés entre deux services en dehors d'un contexte d'urgence.

Le **lieu de transfert** est choisi sur la nécessité prévisible d'une réanimation néonatale ou d'une réanimation adulte, du niveau d'accueil pédiatrique, des places disponibles, et de la proximité du domicile familial.

---

#### 1. Indications d'un transfert in utero d'une structure obstétrico-pédiatrique de type I & II vers une structure de type III :

##### 1.1 Forte probabilité de naissance < 32 SA et/ou poids de naissance $\leq 1500g$ du fait :

- d'une menace d'accouchement prématuré
- d'une rupture prématurée des membranes
- d'un retard de croissance in utero

##### 1.2 Toute grossesse multiple avec menace d'accouchement prématuré $\leq 32$ SA

##### 1.3 Pathologies maternelles graves < 32 SA avec risque de décompensation pré ou post natal :

- pré-éclampsie sévère, hellp syndrome,
- placenta prævia hémorragique,
- hydramnios aigus,
- ou autre pathologie aggravée par la grossesse.

---

#### 2. Indications d'un transfert in utero d'une structure obstétrico-pédiatrique de type I vers une structure de type II :

##### 2.1 Forte probabilité de naissance entre 32 SA et 36 SA, ou poids de naissance prévisible compris entre 1600g et 2000g du fait :

- d'une menace d'accouchement prématuré
- d'une rupture prématurée des membranes
- d'un retard de croissance in utero

**Pour les maternités de type 1 disposant d'une structure pédiatrique**, le terme d'indication de transfert peut être ramené de **36 à 35 SA** révolu pour une grossesse simple.

##### 2.2 Toute **grossesse multiple** entre 33 et 37 SA, d'évolution fœtale normale, avec forte probabilité de naissance.

### 2.3 Pathologies maternelles graves avec risque de décompensation pré ou post natal :

- pré-éclampsie entre 32 et 37 SA, si réanimation adulte,
- ou autre pathologie aggravée par la grossesse à partir de 32 SA

En l'absence de place disponible en **type II**, proposition de transfert en **type III**.

### 3. Indications d'un transfert in utero des services de Gynécologie-Obstétrique du RP2S vers les services de Gynécologie-Obstétrique des CHU de Grenoble et Lyon (type III) :

**3.1 Pathologie fœtale à risque vital néonatal nécessitant une prise en charge médicale ou chirurgicale spécialisée** (cardio-pédiatrie, chirurgie, maladies métaboliques ...), non prise en charge à Chambéry, quel que soit le terme :

- Fœtus malformé ou malade
- Fœtus exposé aux complications de l'immunisation materno-fœtale nécessitant une transfusion in utero

**3.2 Manque de lits disponibles à Chambéry** (néonatalogie et/ou unité de grossesses à risque).

### 4. Retour des patientes vers l'établissement d'origine.

La **maternité réceptrice s'engage à transférer à nouveau** la patiente dans son établissement d'origine dès que la prise en charge est compatible avec le niveau pédiatrique de la structure d'origine.

Les structures obstétrico-pédiatriques de **type II A, II B & III s'engagent à retransférer la patiente dans son établissement d'origine** dès que son état de santé le permet ou dès que le terme de la grossesse et l'état présumé du fœtus permettent d'envisager le transfert dans une structure de type I ou II A.

Des comptes rendus détaillés des hospitalisations de la mère et de l'enfant seront adressés dès la sortie de la patiente au gynécologue obstétricien qui a envoyé la patiente, ainsi qu'au pédiatre amené à suivre l'enfant, et au généraliste, de façon à permettre à l'équipe initiale de poursuivre la surveillance et les soins.

### 5. Transfert in utero non programmé, en urgence

Appel de la **cellule de régulation Rhône-Alpes : 04 72 12 17 93**

---

*Note* \* L'âge gestationnel des transferts indiqués ont été *recommandés* en prenant en compte :

- les recommandations concernant l'organisation du dispositif de soins *pédiatriques* postnataux retenues dans la convention constitutive du Réseau Périnatal des 2 Savoie (annexe 4),
- les situations où l'âge gestationnel n'est plus le seul élément à prendre en compte pour apprécier le niveau de soins prévisibles de prise en charge pédiatrique à la naissance (facteurs de risque aggravants la simple prématurité, RCIU sévère associé par exemple)
- Les possibilités *pratiques* de prise en charge à la naissance (permanence pédiatrique sur site, capacité à mener deux réanimations simultanément, ...)

## Modalités des transferts in utero médicalisés par SMUR

### 1. Contre-indications du transfert prénatal

- hématome retro-placentaire
- forte possibilité d'accouchement pendant le transfert, en prenant en compte le délai d'intervention du transporteur
- état maternel incompatible avec le transfert (CIVD, fibrinolyse, choc septique, éclampsie)

Dans ces cas il est préférable d'accepter l'accouchement ou la césarienne dans la maternité d'origine avec appel téléphonique de la cellule de régulation

- pour transport post-natal par le SMUR.
- pour transport de la mère par le SMUR si un transfert post-natal de la mère est nécessaire.

### 2. Modalités de réalisation du transfert in utero

1) Appel de la cellule de régulation

2) Appel téléphonique du Gynécologue-Obstétricien de garde dans l'établissement de type II ou III, via la cellule de régulation, avec conférence à 3 pour :

- discuter du dossier et décider de l'indication du transfert in utero,
- la transmission des données obstétricales,
- définir les modalités du transport (délai d'intervention, durée du transfert, moyens : médicalisé ou non médicalisé)

3) Si un transfert médicalisé par SMUR est souhaité :

La cellule de régulation appelle le SAMU/SMUR adulte pour discussion avec :

- le gynécologue obstétricien demandeur
- le gynécologue obstétricien senior receveur

La cellule transmet systématiquement au transporteur les coordonnées des obstétriciens et anesthésistes, demandeurs et receveurs.

Les transporteurs sont en effet demandeurs d'être en contact direct avec les équipes (obstétriciens et anesthésistes) demandeuses et receveuses.

L'accueil du SMUR est fait par le gynécologue-obstétricien (et l'anesthésiste réanimateur en cas de pathologie maternelle non purement obstétricale) demandeur qui consignera sur la feuille médicale de transfert du SMUR les données de son examen obstétrical :

- la fréquence des contractions utérines durant la dernière heure,
- la dilatation du col et vitesse de progression de la dilatation depuis le premier appel,
- la rupture ou intégrité des membranes,
- l'interprétation de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal,
- la posologie éventuelle de la perfusion de  $\beta$ mimétiques, Loxen® ou autre médicament,
- l'état maternel : pouls, tension, température, conscience.

Il transmettra les éléments du dossier indispensables à une éventuelle intervention en urgence (carte de groupe Rh, agglutinines, hémostase, hémogramme, ERCF, écho)

L'accueil du SMUR et de la patiente au bloc obstétrical du service de Gynécologie-Obstétrique de l'établissement de type II ou III, est assuré par le gynécologue obstétricien senior de garde qui informe de l'arrivée de la patiente le gynécologue obstétricien l'ayant adressée.

## ANNEXE 4 : Organisation du dispositif de soins pédiatriques

**Les principes généraux suivants sont à respecter en toutes circonstances :**

Un accouchement en dessous de 32 SA est un accouchement à risque ; le transfert maternel (transfert in utero) dans un centre disposant d'un service de réanimation néonatale doit rester un principe à respecter pour toutes femmes à risques d'accoucher avant 32 SA.

Le niveau de soins des enfants pouvant être hospitalisés dans les lits de soins intensifs est dépendant en partie de la présence ou non d'une unité de réanimation attenante à l'unité de soins intensifs.

Les conventions établies entre les services de réanimation néonatale et les services de néonatalogie avec ou sans soins intensifs peuvent permettre d'adapter les niveaux de soins des enfants définis dans les annexes en fonction des capacités locales, des équipes médicales et paramédicales de ces différents services. Ces conventions sont révisables pour tenir compte de l'évolution des conditions locales et des tableaux de bords de ces services.

### **Nouveau-nés relevant d'une hospitalisation dans des lits de néonatalogie**

L'unité de néonatalogie permet la prise en charge des soins pour tous les enfants qui ne peuvent être surveillés en maternité en raison des soins requis.

Les principaux états cliniques justifiant une hospitalisation en néonatalogie sont :

- Nouveau-nés hypotrophiques de plus de 1500 g
- Enfants prématurés au-delà de 32 semaines sans pathologie respiratoire notable (oxygénothérapie inférieure à 0,4, de courte durée et sans CPAP)
- Nouveau-nés de mère diabétique
- Nouveau-nés suspects d'infections ou infectés, traités par antibiotiques avec état hémodynamique stable
- Enfants présentant un syndrome de sevrage
- Enfants surveillés en raison d'une pathologie ou d'un traitement maternel connu pour pouvoir avoir une conséquence sur le nouveau-né
- Enfants ayant des difficultés d'alimentation
- Enfants ayant une hypocalcémie ou une hypoglycémie
- Enfants ayant présenté une souffrance fœtale aiguë et dont l'état neurologique ne comporte pas de caractère de gravité
- Nouveau-nés chez lesquels des examens complémentaires sont nécessaires pour confirmer un diagnostic anténatal ou pour évaluer une situation à risque (certains de ces nouveau-nés peuvent être probablement laissés auprès de leur mère)
- Nouveau-nés venant d'un service de réanimation néonatale ou de soins intensifs et dont l'état est stabilisé

Dans ces unités de néonatalogie peuvent être obtenus en urgence et 24h/24, les examens nécessaires (ionogramme, glycémie, calcémie, numération formule, protéines de l'inflammation, bilan de coagulation, groupe, radiographies, échographies).

Le service de néonatalogie doit être capable de prendre en charge une ventilation assistée et un traitement hémodynamique en attendant un transfert médicalisé.

### **Nouveau-nés relevant d'une hospitalisation dans des lits de Soins Intensifs**

Cette unité a pour objectif de prendre en charge des nouveau-nés ne nécessitant pas de ventilation de plus de quelques heures et ayant un état hémodynamique stable.

Les principaux états cliniques justifiant une hospitalisation en soins intensifs sont :

- Nouveau-nés venant d'un service de réanimation et dont l'état nécessite encore une surveillance particulière
- Nouveau-nés porteurs de cathéters centraux
- Nouveau-nés en alimentation parentérale totale
- Nouveau-nés nécessitant une oxygénothérapie supérieure à quelques heures
- Nouveau-nés ayant une détresse respiratoire nécessitant une CPAP nasale avec FiO<sub>2</sub> inférieure ou égale à 0,3 (si CPAP nasale avec FiO<sub>2</sub> supérieure à 0,3, l'unité de Soins Intensifs doit être attenante à un Service de Réanimation). Les nouveau-nés avec détresse respiratoire nécessitant une ventilation supérieure à quelques heures, relèvent d'un service de réanimation néonatale.
- Nouveau-nés ayant un syndrome apnéique important nécessitant des stimulations ou des ventilations au masque
- Prématurés de poids de naissance inférieur ou égal à 1500 g ou d'âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA
- Nouveau-nés en période postopératoire et sans ventilation et/ou nécessitant des pansements complexes et quotidiens
- Nouveau-nés présentant une symptomatologie aiguë telle que convulsions néonatales sévères ou une malformation comportant un risque de décompensation brutale qui nécessiterait une prise en charge respiratoire ou hémodynamique. Certaines de ces symptomatologies peuvent nécessiter la présence d'un service de réanimation néonatale attentant.

### **Nouveau-nés relevant d'une hospitalisation dans des lits de réanimation néonatale**

Concerne les nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux imposant une technique de suppléance. Elles assurent en particulier des techniques de ventilation, la mise en place et le suivi des voies veineuses profondes.

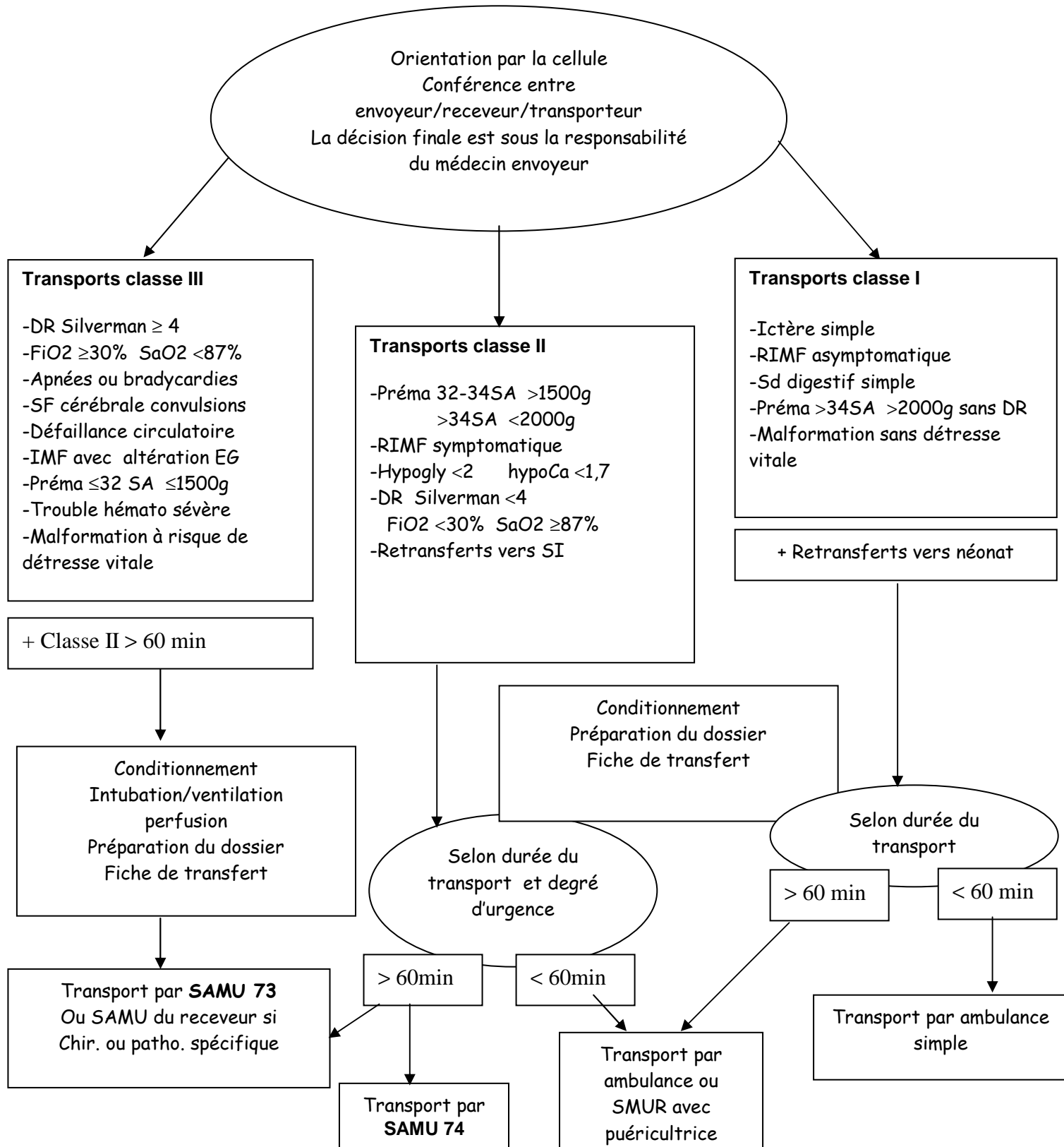
Les principaux états cliniques justifiant une hospitalisation en réanimation sont :

- La prématurité inférieure à la naissance à 32 SA, et/ou nouveau-nés de poids de naissance inférieurs 1500 g, avec pathologie
- La prématurité inférieure ou égale à la naissance à 30 SA et/ou de poids de naissance inférieur à 1200 g
- Les détresses respiratoires néonatales
- Les syndromes apnéiques graves du prématuré
- Les convulsions néonatales nécessitant des thérapeutiques importantes et ventilation
- Les états de défaillance cardio-vasculaire
  - Les syndromes hémorragiques graves
  - Les iso immunisations graves
  - Les syndromes malformatifs sévères nécessitant une surveillance ou une prise en charge respiratoire ou hémodynamique

Les nouveau-nés nécessitant une intervention chirurgicale en période préopératoire et en période post-opératoire lorsqu'une assistance ventilatoire et/ou hémodynamique est nécessaire.

## ANNEXE 5 : Organisation des transports néonataux

Selon le niveau de soins et les indications de la charte du RP2S, le pédiatre :  
Prend la décision de transfert  
Appelle la cellule de régulation **04 72 12 17 93**



## ANNEXE 6 : L'évaluation au sein du réseau

Les missions d'évaluation au sein du réseau périnatal des deux Savoie, sont confiées à la cellule de coordination sous la responsabilité du Médecin de Santé Publique désigné.

Comme spécifié dans le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité, le RP2S est tenu de réaliser une évaluation interne tous les ans répondant aux objectifs suivants :

- Mesurer l'impact de la politique de réseau
- Evaluer le fonctionnement du réseau sur le plan quantitatif et qualitatif conformément à sa chartre
- Evaluer les pratiques au sein du réseau au plan médico-psychosocial
- Evaluer l'efficacité de la politique de réseau

Cette évaluation est basée sur des indicateurs qui concernent :

- la santé périnatale et maternelle,
- les caractéristiques de la population ou des facteurs de risque et le système de soins.

Les deux principales sources de données pouvant alimenter ces bilans d'activité proviennent des données du PMSI sélectionnées par une requête et des tableaux de bords envoyés chaque année dans les différents établissements.

Le médecin de santé publique chargé de l'évaluation au sein du réseau est responsable de la méthodologie et de l'organisation des RMM plénières et locales qu'il coordonne avec l'IDE ou sage-femme de coordination. Il apporte son expertise à l'analyse des indicateurs définis au sein du réseau.

Il peut contribuer à la co-animation du Comité Scientifique (élaboration et validation des protocoles...) et à l'analyse des données du réseau de suivi DeveniRp2s.