

Les types de soins en néonatalogie en Occitanie

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		

Indexation : 2022_Ref_Types_Soins_Neonat, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr/ /
Seule la version informatique fait foi

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Animation** : Mme Foissin, sage-femme coordinatrice médicale du RPO
- ✓ **Rédaction** :
 - Dr ABAKARIM Halima - Pédiatre RPO Aval / Clinique Ambroise Paré de Toulouse
 - Dr AMALRIC Jeanne Marie - Médecin SAMU 31
 - Dr BADR Maliha - Pédiatre réanimateur du CHU ADV de Montpellier
 - Mme BONNEFILLE Marlène – SF RPO
 - Dr CHARPENTIER Sabine - Pédiatre Néonate du CH de Montauban
 - Dr CHERICI Olivier - GO Clinique Saint Roch Montpellier
 - Mr COPPEL Benjamin – SF RPO
 - Mme COQUENAS Jessica – SF RPO
 - Dr DAUSSAC Elisabeth - SMUR PED SAMU 31
 - Dr DELORME Delphine - Pédiatre Néonate du CH de Castres
 - Dr DI MAIO – pédiatre chef de service du CHU de Nîmes
 - Mme GRAF Christelle – SF RPO
 - Dr JACQUOT Aurélien - Président d'honneur RPO / Pédiatre clinique Saint-Roch de Montpellier
 - Mme LUCIANI Marie-Claire - Psychologue RPO Aval Toulouse
 - Mme MILLAN Blanche - Puéricultrice Polyclinique St Roch de Montpellier
 - Dr NAU Margot - Pédiatre Hôpital Joseph Ducuing / néonatalogie HDE CHU Toulouse
 - Dr OUDET Julie - Médecin SAMU 31
 - Mr PIROUX Armand – Cadre de néonatalogie, Hôpital des enfants de Toulouse
 - Dr SAVAGNER Christophe - Pédiatre RPO Toulouse
 - Mme SIRI Anne – sage-femme coordinatrice du CH de Lavaur
 - Pr SIZUN Jacques – Néonatalogiste, Chef de service néonatalogie HDE du CHU de Toulouse
 - Dr SLETH - ARE Clinique Saint Roch Montpellier
 - Dr THIERY Fabien - Pédiatre SMUR 31
 - Dr VANDENBROUCKE Laurent - GO Clinique Clémentville Montpellier
- ✓ **Relecture** : bureau du RPO du 08/03/2022
- ✓ **Validation** : Conseil Scientifique RPO du 21/6/22

<p>Objet</p>	<p>Ce document, réalisé par le RPO, a pour vocation de faire un état des lieux précis des pratiques. Le RPO encourage et recommande la mise aux normes des établissements selon les décrets en vigueur en fonction de leur activité réelle. Les critères d'accueil des nouveau-nés dans un établissement peuvent être modifiés transitoirement en raison d'une situation dégradée des ressources humaines médicales ou non médicales. Les difficultés de transfert d'un établissement vers un autre, selon les critères définis dans ce document, ont vocation à être analysés.</p>
<p>Domaine d'application</p>	<p>Ce référentiel est à destination des établissements d'Occitanie ayant une activité de gynécologie-Obstétrique. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.</p>
<p>Documents de référence</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 3. Décret no 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 (troisième partie). 4. 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. 5. Circulaire n°648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux. 6. Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique. 7. Décret n° 2002-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption de grossesse pour motif médical pris pour application de l'article L. 2213-3 du code de la santé publique. 8. Décret 2002-1298 du 25 octobre 2002. 9. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). 10. Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et nouveau-nés. 11. Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 12. Code de la Santé Publique - Article L2131-1 - (Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 art. 23 1° Journal Officiel du 7 août 2004). 13. Circulaire n° 300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. 14. Circulaire DHOS 01/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères. 15. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 16. Les transferts infirmiers inter hospitaliers : TIIH. Recommandations de SAMU de France (janvier 2004) - http://www.samu-de-france.fr/fr/formation/doc_reference#cat15. 17. Code de Santé Publique : articles L.712-1 à 5, L.712-8 à 16, R.712-84 à 89, D.712-75 à 103. 18. RBP Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé HAS Nov 2012.

	<p>19. Cahier des charges de l'expérimentation des Maisons de Naissance HAS 2014.</p> <p>20. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.</p> <p>21. Pour un nouveau plan périnatalité / Janvier 1994 - Annexes Haut Comité de la Santé Publique. Extrait de : « Francoual C, Bouley AM, Carlus C, Vial M, Wallet A. Comment soigner un nouveau-né malade près de sa mère, in 20èmes Journées de médecine périnatale, Puech F, Blanc B. eds, Arnette, Paris, 1990 ».</p> <p>22. Document signé de G. PUTET (sans date).</p> <p>23. La périnatalité : à propos des décrets du 9 octobre 1998. J. Leraillez. MT Pédiatrie 2000 ;3 : 344-7.</p> <p>24. Levels of néonatal care. Pediatrics 2004 ;114 :1341-7.</p> <p>25. Société Canadienne de Pédiatrie. Niveaux de soins néonataux. Pediatr Child Health 2006 ;11 :307-11.</p> <p>26. Les types de soins en néonatalogie dans le Réseau « Sécurité Naissance » B BRANGER, C FLAMANT sept 2011.</p>
<p>Abréviations utiles</p>	<p>AP : auxiliaire de puériculture ARS : agence régionale de santé CPAP : continuous positive airway pressure = ventilation en pression positive continue EEG : électroencéphalogramme FiO2 : fraction inspirée en oxygène GEN-MIP : groupe d'études en néonatalogie de Midi-Pyrénées HAS : haute autorité de santé IV : intra veineux KTVO : cathéter veineux ombilical NO : monoxyde d'azote PN : poids de naissance RPO : réseau de périnatalité Occitanie SA : semaines d'aménorrhées SFN : société française de néonatalogie TA : tension artérielle UNM : Unité de néonatalogie en maternité VVP : voie veineuse périphérique</p>

Référentiel

Sommaire référentiel

I. Préalables	4
II. Référentiels.....	Erreur ! Signet non défini.
III. Les soins de type 1 (maternité).....	4
IV. Les soins de type 2A (lits de néonatalogie et unités de néonatalogie en maternité) en Occitanie	6
V. Les soins de type 2B (lits de soins intensifs)	7
VI. Les soins de type 3 (lits de réanimation néonatale)	8
Annexe : Tableau 1 « Différents types de soins en Occitanie »	9

I. Préalables

Plus de vingt ans après la publication du décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 et de l'Arrêté du 25 avril 2000, les limites concernant la prise en charge des nouveau-nés selon le type des maternités ont beaucoup évolué et ne correspondent pas forcément aux recommandations éditées initialement.

Ces limites ont fait l'objet d'adaptation en fonction de critères géographiques, démographiques, des politiques régionales de santé et des évolutions techniques dans la prise en charge des prématurés (corticothérapie anténatale, surfactant exogène, ...).

Le Réseau de Périnatalité Occitanie issu de la fusion en 2019, des réseaux de périnatalité Naitre et grandir en Languedoc Roussillon, Maternip et P'titMip, a fait le constat de disparités dans les indications de prise en charge des nouveau-nés selon les différents types de maternité.

Les types de soins sont définis une fois passée la phase éventuelle de réanimation à la naissance. Il est implicite que, quel que soit le type de soins, l'état de santé de tout nouveau-né peut s'aggraver brutalement et avoir besoin d'un traitement urgent.

Toutes les structures de soins pour nouveau-nés doivent donc comporter une salle de mise en condition équipée selon les recommandations des décrets de périnatalité. (1)

Les différents types de soins actuellement connus sont : les soins courants (type 1), les soins de néonatalogie (type 2A), les soins intensifs (type 2B) et les soins de réanimation néonatale (type 3). Auquel s'ajoute depuis 2017, les Maisons de naissance, structures gérées par des sage-femmes, contigües à un établissement de santé avec lequel elles passent convention. Elles offrent aux femmes une prise en charge moins technicisée du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum ; en revanche, elles n'assurent ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés ni la prise en charge des urgences obstétricales. Seules les grossesses et les accouchements à bas risque de grossesse et d'accouchement sont concernées par ces structures. Il faut observer que ces Maisons de naissance impactent le fonctionnement des établissements partenaires qui doivent en tenir compte dans la continuité des soins. Le Réseau de Périnatalité Occitanie souhaite accompagner cette démarche qui doit faire l'objet d'une réflexion locale afin d'offrir des conditions de prise en charge maternelles et néonatales optimales en cas de transfert.

En dehors des maisons de naissance, les prérogatives de chaque type de maternités ont été édictées en s'appuyant sur le décret de 1998 et l'arrêté de 2000. Ils fixent des lignes générales sans préciser les seuils exacts d'âge gestationnel, de poids de naissance et de pathologie selon le type de soins.

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS de novembre 2012 (18) apportent des précisions en établissant que « ces critères peuvent varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité, selon les protocoles et les conventions établis au sein de son réseau périnatal ».

En conséquence, les professionnels du RPO (pédiatres, anesthésistes réanimateurs ; puéricultrices, sage-femmes, gynéco- obstétriciens ; psychologues) proposent un référentiel régional indiquant les types de soins adaptés à la prise en charge du nouveau-né dans les 42 maternités et les 24 services de néonatalogie d'Occitanie afin d'harmoniser les pratiques.

II. Les soins de type 1 (maternité)

Après s'être assuré d'une bonne adaptation à la vie extra-utérine, la réalisation de la surveillance des nouveau-nés doit être faite selon les recommandations afin d'éviter la séparation mère-enfant.

Les nouveau-nés concernés par les soins de type 1 : Pré terme sans pathologies, d'âge gestationnel supérieur ou égal à 36 SA et de poids de naissance supérieur ou égal 2000g.

Objectifs de soins en type 1

Les objectifs des soins de type 1 sont :

- D'assurer la surveillance de l'adaptation à la vie extra-utérine des nouveau-nés bien portants à la naissance

- De promouvoir l'allaitement maternel et de proposer systématiquement une tétée d'accueil pour les patientes ne souhaitant pas ou ne pouvant pas allaiter.
- De privilégier le peau à peau
- D'assurer une alimentation autonome des nouveau-nés (hors alimentation par sonde gastrique)
- De pratiquer les dépistages obligatoires
- De dépister les pathologies rares en collaboration avec le centre de référence
- De prendre en charge les pathologies simples rapidement résolutive et peu symptomatique (hypocalcémie, hypoglycémie à titre d'exemple)
- De prendre en charge les ictères simples par photothérapie conventionnelle.
- De repérer les troubles de l'attachement et les problèmes de vulnérabilité médico-psycho-sociale.

Ce type de soins correspond au type de base de toute maternité. Les personnels prenant en charge les nouveau-nés sont des pédiatres, des sage-femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

Les pédiatres de l'établissement ou remplaçants attitrés doivent être au minimum d'astreinte opérationnelle à une distance compatible avec l'impératif de sécurité en cas d'urgence 24h/24h.

Le RPO préconise que toute salle de naissance soit dotée des dispositifs médicaux adaptés à l'accueil du nouveau-né (dont une table de réanimation) notamment à proximité immédiate de la salle d'intervention servant à la chirurgie obstétricale (césarienne en urgence...).

Le RPO se positionne pour que les maternités de type 1 aient du surfactant exogène sur place ou à disposition.

a. Spécificité des Unités spécifiques « mères-enfants » en type 1

Il existe en Occitanie Ouest des maternités de type 1 comportant des unités spécifiques « mères-enfants » validées par l'ARS, différentes des unités néonatales en maternité. Le RPO préconise l'évolution de ces maternités vers un type 2a. Et dans l'attente, le réseau recommande les limites suivantes :

- **Prématuré :**
 - Sans pathologie et d'âge gestationnel $>$ ou = 35 SA
 - Poids de naissance $>$ ou = 2000g
- **Ictère :** Ictère simple
- **Pathologie respiratoire :** modérée transitoire FiO₂ (max 30%) résolue à $<$ 3h de vie,
- **Sevrage :**
 - Surveillance des enfants de mère avec des addiction au cannabis, à la cocaïne, à l'alcool.
 - Surveillance des enfants avec syndrome de sevrage aux opioïdes ne nécessitant pas de traitement par morphine
- **Pathologies métaboliques :**
 - Hypoglycémie modérée résolutive par traitement per os dans les premières heures de vie
 - Hypocalcémie modérée, sous traitement médicamenteux per os
 - Hypercalcémie modérée
- **Pathologie neurologique :**
 - Pathologie post asphyxique de grade I de la classification de Sarnat sous réserve d'une discussion avec le type 3 de référence. Au-delà du grade I, le transfert est nécessaire.
- **Pathologie infectieuse :**

Les nouveau-nés présentant des facteurs de risque d'infection bactérienne néonatale précoce mais non symptomatiques sous couvert d'une surveillance adaptée (cf. recommandation SFN-HAS 2017)

- **Pathologie chirurgicale :**
Tout enfant nécessitant une chirurgie non urgente (orthopédie, fente labiale simple) peut être gardé auprès de la mère.
- **Personnel recommandé fortement par le RPO :**
 - 1 Puéricultrice pour 6 lits d'unité par équipe H24, 7J/7J
 - Formation continue du professionnel à la prise en charge du nouveau-né en salle de naissance
- ❖ **Tout syndrome occlusif du nouveau-né nécessite un transfert en type 3 référent.**

III. Les soins de type 2A (lits de néonatalogie et unités de néonatalogie en maternité) en Occitanie

Les nouveau-nés concernés par les soins de type 2 A : 32 SA et ou ≥ 1500 g, stables en ventilation spontanée) ou 34 SA (mais à adapter en fonction des établissements (matériels, professionnels formés...)

En plus des objectifs de type 1, les objectifs spécifiques des soins de type 2A sont :

- Maintenir et surveiller la température du nouveau-né ;
- D'apporter une nutrition optimale y compris par sonde gastrique ;
- Maintenir un apport parentéral par voie périphérique ;
- D'administrer des médicaments par voie orale ou parentérale ;
- D'obtenir en urgence et 24 heures sur 24 des examens simples (bilan sanguin et imagerie)
- Réaliser une photothérapie intensive
- Assurer une stabilité hémodynamique et une ventilation spontanée

Ressources nécessaires aux soins de type 2A

- **Lits :**
 - 2-3 lits / 1000 naissances du bassin de population. Pas moins de 6 lits (dérogation à 4 lits)
- **Personnels**
 - Puéricultrices avec une référence réglementaire de 1 pour 6 lits et par équipe.
 - Auxiliaires de puériculture : le RPO recommande 1 AP pour 6 lits
 - Les pédiatres de l'établissement ou remplaçants attitrés doivent être au minimum d'astreinte opérationnelle à une distance compatible avec l'impératif de sécurité en cas d'urgence 24h/24H
- **Matériels nécessaires et examens possibles**
 - Lits équipés : ventilation, monitoring, perfusion...
 - La photothérapie intensive
 - Appareil de ventilation y compris ventilation non invasive attaché au service
 - La surveillance continue de la saturation en oxygène (un dispositif pour trois lits)
 - La radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile
 - Un échographe pour le nouveau-né disponible dans l'établissement
- **Place du surfactant :** Le RPO se positionne pour rendre disponible du Surfactant dans toutes les unités de néonatalogie.

Nouveau-nés concernés et pathologies néonatales correspondant aux soins de type 2A

- Nouveau-nés de 32 SA et plus, à partir de 1500g et plus, sous réserve d'adaptation du matériel, des locaux et de formations des équipes.
- Selon l'organisation des locaux ces enfants peuvent être hospitalisés en UNM (anciennement unité kangourou).

Les indications sont :

- La détresse respiratoire modérée transitoire ayant une cinétique d'amélioration (éviter la séparation mère-enfant si le sevrage de la CPAP peut se faire en quelques heures) : sous condition de matériel CPAP adapté répondant aux recommandations actuelles et personnel formé.
- Les nouveau-nés présentant des apnées ne nécessitant pas de support respiratoire
- Les nouveau-nés suspects ou présentant une Infection Néonatale Bactérienne Précoce peu symptomatiques ou asymptomatiques
- Pathologie post asphyxique de grade I de la classification de Sarnat sous réserve d'une discussion avec le type 3 de référence. Au-delà du grade I, le transfert est nécessaire
- Les nouveau-nés surveillés en raison d'une pathologie ou d'un traitement maternel particulier (bêtabloquants, psychotropes...)
- Les nouveau-nés ictériques ne nécessitant pas d'exsanguino-transfusion
- Les nouveau-nés ayant des difficultés d'alimentation (fente labiopalatine en dehors de la séquence Pierre Robin, trisomie 21...)
- Les nouveau-nés ayant une hypocalcémie ou une hypoglycémie avec supplémentation IV
- Les syndromes de sevrage aux opioïdes nécessitant un traitement par morphine per os
- Les nouveau-nés nécessitant une transfusion
- Les nouveau-nés en cours de sevrage de nutrition parentérale sur cathéter périphérique.

IV. Les soins de type 2B (lits de soins intensifs)

En plus des objectifs des type 1 et 2A, les objectifs spécifiques des soins de type 2B sont :

- D'assurer, éventuellement de façon prolongée, une perfusion intraveineuse (y compris par cathéter central), un support ventilatoire non invasif (CPAP), ou une oxygénothérapie ;
- De surveiller un état clinique non stabilisé.

Ressources nécessaires aux soins de type 2B

- Lits :
 - 1-2 lits / 1000 naissances du bassin de population.
- Personnels
 - Puéricultrices avec une référence réglementaire de 1 pour 3 lits et par équipe.
 - Auxiliaires de puériculture
 - Pédiatres qui doivent être disponibles 24 h / 24 et 7 jours / 7 en garde sur place.
- Matériels nécessaires et examens possibles
 - La surveillance continue de l'activité cardiorespiratoire (1 par lit)
 - L'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O₂ du mélange gazeux administré (1 par lit)
 - La surveillance continue de la saturation en oxygène (1 par lit)
 - Le surfactant
 - La ventilation artificielle des premières heures (1 pour 3 lits + 1 pour la mise en condition)
 - La ventilation non invasive (CPAP)
 - Les cathéters centraux
 - Accès facile à l'échographie cardiaque

Nouveau-nés concernés et pathologie néonatale correspondant aux soins de type 2B

- Les nouveau-nés prématurés de 32 SA et plus, ET
- Les nouveau-nés de poids de naissance de 1200g et plus,
- Pour les nouveau-nés transférés secondairement d'un type III, une prise en charge dès 31 SA en type 2B est envisageable après discussion médicale.
- Les nouveau-nés atteints de syndrome de détresse respiratoire nécessitant une CPAP avec $FiO_2 < 40\%$.
- Nouveau-nés stables sous CPAP après administration de surfactant
- Les nouveau-nés ayant présenté une anoxo-ischémie ne nécessitant pas une hypothermie contrôlée
- Les nouveau-nés avec pneumothorax stable sans drainage ;
- Les nouveau-nés nécessitant une alimentation parentérale par cathéter veineux central (avec des solutés standardisés préparés industriellement),

V. Les soins de type 3 (lits de réanimation néonatale)

En plus des objectifs des type 1 et 2A et 2B, les objectifs spécifiques des soins de type 3 s'adressent à tous les nouveau-nés malades non pris en charge dans les autres types.

Ressources nécessaires aux soins de type 3

- Lits :
 - 1 lit environ / 1000 naissances du bassin de population.
- Personnels :
 - Puéricultrices avec une référence réglementaire de 1 pour 2 lits et par équipe.
 - Auxiliaires de puériculture
 - Pédiatres qui doivent être disponibles 24 h / 24 et 7 jours / 7 en garde sur place.
- Matériels nécessaires et examens possibles
 - La perfusion automatisée (2 dispositifs par lit) ;
 - La nutrition parentérale par cathéter veineux central avec des solutés standardisés (préparés industriellement), ou des solutés préparés en interne selon les règles d'asepsie stricte
 - La ventilation artificielle de longue durée avec un appareil adapté au nouveau-né permettant le contrôle continu des débits et des pressions ventilatoires, muni d'alarmes de surpression et de débranchement et permettant également le contrôle continu de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
 - L'échographie Doppler cérébral et cardiaque du nouveau-né par un appareil mobile ;
 - EEG d'amplitude
 - Le NO inhalé
 - Les dispositifs d'hypothermie contrôlée.

Tableau 1 : Différents types de soins en Occitanie

Les âges gestationnels limites en type III sont donnés à titre informatif et sont ajustables en fonction des critères périnatals et des volontés exprimées par les parents.

Département	Unité	Type de soin	Limite âge gestationnel	Limites poids naissance
09	CH St Girons	I	36 SA	2400 g
09	CHIVA (Foix)	Ila	32 SA	1500 g
11	CH Narbonne	I	35 SA	2000 g
11	CH Carcassonne	Ila	32 SA	1500 g
12	CH Villefranche de Rouergue	I	36 SA	2400 g
12	CH St Affrique	I	36 SA	2500 g
12	CH Millau	I	36 SA	2000 g
12	CH Rodez	Ilb	32 SA	1500 g
30	Polyclinique Grand Sud	Ila	34 SA	1800 g
30	CH Bagnols sur Cèze	Ila	34 SA	1800 g
30	CH Alès	Ila	34 SA	1800 g
30	CHU Nîmes	III	24 SA	500 g
31	Clinique Croix du Sud	I	34 SA	1750 g
31	Clinique d'Occitanie	I	36 SA	2000 g
31	CH St Gaudens	I	36 SA	2200 g
31	Hôpital Joseph Ducuing	I	35 SA	2000 g
31	Clinique Rive Gauche	Ila	32 SA	1500 g
31	Clinique de l'Union	Ila	32 SA	1500 g
31	Clinique Ambroise Paré	Ilb	31SA	1200 g
31	CHU Toulouse	III	24/25 SA	500 g
32	CH Auch	Ila	32 SA	1500 g
34	Clinique Champeau	I	36 SA	2400 g
34	Clinique St Louis	I	36 SA	2100 g
34	Polyclinique St Thérèse	I	36 SA	2100 g
34	Polyclinique St Roch	Ila	34 SA	1800 g
34	CH Sète	Ila	34 SA	1800 g
34	Clinique Clémentville	Ila	34 SA	1800 g
34	CH Béziers	Ilb	32 SA	1500 g
34	CHU Montpellier	III	23 SA	500 g
46	CH Cahors	Ila	32 SA	1500 g
48	CH Mende	Ila	34 SA	1800 g
65	Polyclinique de l'Ormeau	I	36 SA	2200 g
65	CH Tarbes	Ilb	32 SA	1500 g
66	Polyclinique Méditerranée	I	36 SA	2200 g
66	CH Perpignan	III	26 SA (24 SA en urgence)	600g (500 g en urgence)
81	CH Lavour	I	35+5 SA	2000 g
81	CH Castres	Ila	32 SA	1500 g
81	CH Albi	Ila	32 SA	1500 g
82	Clinique Croix St Michel	I	36 SA	2000 g
82	CH Montauban	Ila	32 SA	1500 g
/	Hôpital de Cerdagne	Hôpital transfrontalier : type non caractérisable	35 SA (sans pathologie associée)	2200 g

NB : Les critères d'accueil des nouveau-nés dans un établissement peuvent être modifiés transitoirement en raison d'une situation dégradée des ressources humaines médicales ou non médicales