

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FOETAL

Suivi des modifications				
N° version	Date de la validation	Rédaction	Relecture	Validation
1	13/11/2017	Dr Justine CAGNAT Dr Laurence FAYOL Dr Anne-Marie MAILLOTTE Michèle MARCOT	Groupe de travail régional	Conseil scientifique

***MENTION RESTRICTIVE*** : « Ce protocole de soins 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 »

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

### INTRODUCTION

Définition Transfert Materno-Fœtal (TMF) : transfert d'une femme enceinte d'une maternité à une autre.  
Ne sont pas concernés dans ce document :

- Transfert néo-natal (TNN) (cf protocole pédiatrique dédié)
- Transfert de parturiente à terme en début de travail pour excès d'activité en salle de naissance
- Transfert maternel en post-partum (pour pathologie maternelle ou rapprochement mère-enfant)
- Orientation maternelle : orientation sans urgence vers une maternité plus adaptée ou avis ou suivi en vue d'accouchement (cf recommandations de l'HAS 2009)

### 1. OBJECTIFS

- Réduire la morbidité néonatale en permettant une offre de soins adaptée à la prématurité ou une pathologie fœtale donnée
- Eviter les transferts de nouveau-nés (NN)
- Eviter une séparation mère-enfant

### 2. INDICATIONS

Un TMF est indiqué

- dès qu'il existe une inadéquation entre la structure d'hospitalisation d'une femme enceinte et la pathologie qu'elle ou son fœtus présente
- à chaque fois qu'il est probable que le NN nécessite dès la naissance, en raison d'une pathologie ou d'une prématurité spontanée ou induite, une prise en charge pédiatrique spécialisée (néonatalogie, soins intensifs, voire réanimation) qui n'est pas disponible

#### a) Pathologie obstétricale à risque de prématurité spontanée ou induite (MAP, RPM, ...)

Le Réseau Méditerranée propose les recommandations suivantes, inspirées de celles de l'HAS 2012 et adaptées aux particularités régionales pour décider du lieu du transfert en fonction de l'âge gestationnel et de l'EPF (Estimation de Poids Fœtal) à l'échographie.

Critères médicaux du Réseau Méditerranée 2017	
[23 – 23+6] SA	Transfert au cas par cas en type III
[24 SA - 30+6] SA et/ou EPF < 1250g	Type III
[31 – 31+6] SA et EPF > 1250g *	Type III ou IIB en l'absence de restriction de croissance et de pathologie fœtale
[32 -32+6] SA	Type IIB ou III
[33 -35+6] SA **	Type IIA ou IIB ou III
≥ 36 SA	Type I ou II ou III

Commentaires :

\* Entre 31 et 31+6 SA, si la patiente est dans une maternité de type I ou IIA, un transfert est possible en type IIB ou en type III selon le risque maternel et fœtal.

\*\* [35 -35+6] et EPF < 2 kg : type IIA ou IIB ou III

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

### b) Pathologie fœtale

Il est recommandé de prévoir un TMF en maternité de type III, sans limite de terme, en cas **d'accouchement prévisible à court terme** pour les pathologies fœtales nécessitant une probable réanimation néonatale ou intervention urgente.

- Cardiopathies congénitales à risque (selon avis cardio-pédiatrique) et trouble rythmique cardiaque fœtal mal toléré ou à risque de décompensation
- Pathologie malformative : hernie diaphragmatique, atrésie de l'œsophage, obstruction digestive, anomalies du tube neural, uropathies à risque d'insuffisance rénale aiguë, chylothorax
- Anasarque fœto-placentaire
- Allo-immunisation FM érythrocytaire sévère
- Allo-immunisation FM plaquettaire

Si pathologie stable (ne relevant pas d'une hospitalisation) ou pas de risque d'accouchement à court terme : orientation plutôt que TMF.

### 3. NON INDICATIONS

Sauf exception, il n'y a pas d'indication fœtale de TMF pour les âges gestationnels les plus bas, inférieurs au terme de prise en charge pédiatrique défini par le réseau à savoir 24 SA. Cependant, entre 23 et 23 SA +6, une discussion au cas par cas peut être entreprise avec la maternité de type III de référence, pouvant aboutir à un TMF.

Il n'y a pas d'indication de TMF pour toute situation pathologique maternelle ou fœtale stable ne relevant pas d'une prise en charge en urgence (Accord d'experts HAS 2012) ou d'une hospitalisation.

Une **orientation** doit être réalisée dans une maternité adaptée selon les modalités établies par l'HAS 2009. Un avis du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDP) local peut guider l'orientation de la femme enceinte.

Rappel : Chaque établissement ou chaque gynécologue obstétricien doit gérer les consultations d'urgence de ses patientes (suspicion de RPM, contractions utérines, métrorragies, etc.). En effet, les maternités de type III n'ayant pas vocation à effectuer toutes les consultations d'urgence entre 24 SA et 31-32 SA, elles ne doivent être sollicitées qu'en cas de transfert d'une patiente.

### 4. LES CONTRE-INDICATIONS AU TMF (HAS 2012)

#### a. Maternelles

- HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée avec une pathologie comportant un risque de décompensation maternelle en cours de transport : hématome sous-capsulaire hépatique, éclampsie, œdème aigu pulmonaire
- Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle
- Hémorragie massive dans un contexte de placenta prævia ou accreta suspecté
- Patiente à haut risque d'accouchement en cours de transport (MAP instable): l'accouchement dans un vecteur de transport augmente les risques maternels et néonataux
- Chorioamnionite avec syndrome infectieux maternel sévère

Dans d'autres situations, il est recommandé qu'une discussion au cas par cas cherche le meilleur compromis entre le risque d'une naissance sur place et celui d'une naissance en cours de transfert. (**Accord d'experts**)

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

Ex : pour une dilatation cervicale  $\geq 4$  cm l'opportunité du transfert doit être discutée au cas par cas en fonction de la cinétique de dilatation sous tocolyse, la tolérance fœtale, la nature de l'établissement demandeur, et la durée de transport.

### b. Fœtales

Il est recommandé de considérer comme contre-indications fœtales au TMF :

- anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction rapide
- suspicion d'hématome rétroplacentaire
- rupture de vasa prævia (hémorragie de Benckiser).

## 5. MODALITES PRATIQUES DU TMF

La décision est prise par concertation directe obligatoire entre l'obstétricien de la maternité d'origine et l'obstétricien de garde de l'établissement receveur.

- Sur PACA Ouest, il existe une cellule de régulation périnatale au SAMU 13 dédiée aux TMF (tel : 04.91.49.91.91 ; fax : 04.91.38.58.21) qui assure le placement des patientes dans une structure adaptée et disponible et organise le transport médicalisé avec le SAMU départemental. En revanche le transport non médicalisé doit être organisé par la maternité d'origine.

En dehors des horaires de fonctionnement de la cellule (21h – 9h), il faut contacter directement le SAMU de référence qui permettra une mise en relation facilitée entre le médecin demandeur et le médecin receveur (conférence téléphonique enregistrée).

- Sur PACA Est, en l'absence de cellule de coordination dédiée, il faut prendre contact directement avec l'établissement souhaité. Compte tenu des particularités de PACA est, la maternité l'Archet 2 du CHU de Nice (type III), est amenée à recevoir la majorité des TMF (tel : 04.92.03.63.91 ou 04.92.03.63.95).

Il est de la responsabilité du médecin transféreur d'informer la patiente / le couple sur le motif du TMF, ses modalités, les possibilités de retransfert, et de recueillir son/leur consentement. La **fiche d'information** et le **formulaire de consentement** sont en annexes de ce document.

En cas de désaccord, il est recommandé de prendre en compte les difficultés de l'équipe demandeuse du transfert afin de répondre au mieux à ses besoins dans un esprit d'entraide et de confraternité. « La conférence à trois » est à privilégier. Celle-ci consiste en la mise en relation entre le médecin demandeur et le médecin receveur via un outil intermédiaire enregistrant les conversations. Ce peut être une ligne sécurisée du SAMU (comme en PACA Ouest via le SAMU 13), ou tout autre outil téléphonique (ex CROP : Centre Régional d'Orientation Périnatale en Languedoc-Roussillon) permettant ainsi d'avoir une traçabilité du parcours patient pour son transfert et dont les éléments font partie intégrante du dossier médical d'amont et d'aval.

Quoiqu'il en soit, et d'autant plus qu'un tel outil d'enregistrement ne serait pas disponible, il est conseillé aux demandeurs, receveurs et régulateurs d'être très rigoureux dans la rédaction du dossier médical (horaire, évaluation médicale, changement de CAT etc.) afin d'avoir une lisibilité complète du parcours.

### a. Transmission des données

Le document régionalisé « **Demande de TMF** » requérant les caractéristiques de l'établissement demandeur et les informations sur la situation obstétricale, est disponible en annexe. Merci de bien préciser le nom de l'obstétricien à l'origine du transfert, et le cas échéant le nom de l'obstétricien référent de la patiente.

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

- PACA Ouest : La « **Demande de TMF** » est remplie par téléphone par la sage-femme de la cellule de régulation grâce aux informations du médecin demandeur, et transmise à l'établissement receveur. En l'absence de la cellule, le médecin demandeur remplit sa demande et la transmet à l'établissement qui a donné son accord.
- PACA Est : Le médecin demandeur remplit la « **Demande de TMF** » et la faxe à l'établissement receveur (fax L'Archet 2, Nice : **04.92.03.65.56**). *NB. Il n'est plus nécessaire de faxer de fiche au Réseau : le recueil des données, en vue d'une évaluation des pratiques, est effectué a posteriori à partir des registres de transferts et d'accouchements.*

Le **dossier de transfert** complet doit obligatoirement accompagner la patiente à son départ, comprenant :

- La Demande de TMF (+/- courrier manuscrit à l'appréciation du médecin demandeur)
- Le consentement de la patiente
- Les documents médicaux : copie du suivi de grossesse, photocopies examens biologiques, Compte-rendu d'échographie, photocopies des diagrammes de soins, photocopies des monitorings (dernier <1h).

### **b. Transport**

Lorsque la situation nécessite un transfert médicalisé, l'obstétricien à l'origine du transfert appelle lui-même le SAMU (centre 15). La conversation enregistrée sur demande auprès du régulateur du SAMU peut constituer une trace médico-légale.

A l'arrivée de l'équipe de transport, l'**équipe demandeuse** réévalue la patiente et confirme la non contre-indication au TMF. L'heure de départ de la patiente est confirmée par téléphone.

La stabilité de la situation obstétricale de la patiente étant une condition préalable au transfert, il n'y a pas d'indication à la présence d'un pédiatre réanimateur ou d'un obstétricien dans le véhicule effectuant le transfert.

## **6. RETOUR D'INFORMATION ET RETRANSFERT**

### **a. En cours d'hospitalisation dans le service accepteur**

Une information régulièrement transmise par courrier, fax, ou mail est souhaitable.

Le Réseau recommande aux établissements receveurs de transmettre au **médecin à l'origine du transfert et/ou au médecin référent de la patiente** :

- Dès que possible : une fiche de suivi ou d'admission **ou un compte-rendu d'hospitalisation (CRH) initial**
- Si l'hospitalisation se prolonge : une fiche de suivi ou un compte-rendu d'hospitalisation provisoire (au minimum mensuel) jusqu'à la sortie ou l'accouchement.

Si la naissance a eu lieu dans l'établissement receveur : prévenir le service d'origine avec une fiche de suivi, compte rendu d'accouchement, ou CRH.

### **b. La sortie après TMF / retransfert**

Lorsque la cause qui avait motivé le TMF est abolie ou se stabilise, et que l'accouchement n'a pas eu lieu :

- soit la patiente retourne à son domicile avec un CRH ou au moins une fiche de liaison (en cas de sage-femme à domicile), et l'établissement receveur devra en informer rapidement l'établissement d'origine : CRH ou fiche de suivi/liaison.
- soit la patiente est retransférée vers l'établissement d'origine, après accords,
- soit la patiente est retransférée vers un établissement de type intermédiaire (cas des retransferts du type III vers une maternité de type II quand la maternité d'origine est de type I)

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

**Le retransfert doit être proposé à la femme enceinte dès que l'amélioration de son état l'autorise ou si son terme de la grossesse a un avancement plus tardif.** Ces deux situations permettent le retour de la femme enceinte vers sa maternité d'origine ou vers un établissement plus proche de son domicile, et de favoriser l'accès aux maternités de type III pour les termes les plus précoces (< 31 SA).

### 7. ANNEXES

- Demande de transfert materno-fœtal
- Fiche d'information concernant le transfert/retransfert
- Consentement

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

## Annexe 1 : DEMANDE DE TRANSFERT MATERNO-FOETAL

Date et heure de la demande : Cellule de régulation : oui non  
 Etablissement demandeur : Tél direct :  
 Médecin demandeur : E-mail :  
 Le cas échéant : Gynéco-obstétricien référent : Fax :

### MOTIF DE TRANSFERT

	Terme :	G P
	DDG :	

*Ou Etiquette*

Nom de la patiente : Prénom :  
 Nom d'épouse : ou Nom du conjoint :  
 DDN : Age :  
 Adresse :

Téléphone personnel :

Nom et téléphone d'une personne à prévenir :

Consentement de la patiente au transfert : oui non impossible à obtenir

### A. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Antécédents obstétricaux			Antécédents médicaux Antécédents chirurgicaux
Détail Gestité / Parité :			
Utérus cicatriciel	oui Détails :	non	
Antécédent accouchement prématuré	Si oui, terme, poids, et étiologie :	non	
Antécédent fausse couche tardive	Si oui, terme, poids, et étiologie :	non	
Antécédent MFIU	Si oui, terme et étiologie :	non	
Autres :			

Grossesse actuelle	
Singleton / gémellaire / triple	Groupe - Rh
PMA oui non type :	RAI
DDG certain (écho précoce) incertain	Syphilis
Toxiques : tabac cannabis alcool autres :	Toxoplasmose
Suivi D3P (précarité / psychologique) oui non	Rubéole
	HIV
Antécédent herpès génital oui non	Ag HBS
Grossesse marquée par :	Hép C
- Diabète gestationnel oui non insulino-réquant oui non	
- Hospitalisation :	Risque HT21
	HGPO
- Autre :	PV strepto B

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

## B. ANAMNESE / HISTOIRE DE LA MALADIE

### C. DONNEES CLINIQUES : colonne à remplir en fonction du motif du transfert

Pression Artérielle :

Pouls :

Température :

MAP			RPM			Pré-éclampsie				
CU ressenties	oui	non	Date et heure de la rupture :			SF HTA :				
douloureuses	oui	non								
Métrorragies	oui	non	Amnisure positif douteux							
Cervicométrie		mm	Cervicométrie			mm	Métrorragies		oui	non
TV			TV			Protéinurie : BU ou Rapport P/C ou Protéinurie des 24h				
			LA	clair	teinté	TTT anti HTA : oui per os : oui IV :				
Fièvre ou contexte infectieux			Fièvre ou contexte infectieux			EPF : Date : RCIU : oui non				
CRP Leucocytes			Liquide : normal oligoamnios anamnios			Uricémie Hémoglobine Plaquettes ASAT ALAT Coagulation				
PV :			CRP Leucocytes							
ECBU :			Tachycardie fœtale			oui non				

RCIU			Métrorragies / Placenta Praevia						
< 3èp			<10èp						
EPF			Métrorragies : Traces / Modérées / Abondantes						
			Stabilité hémodynamique				oui	non	
			Placenta recouvrant				oui	non	
Oligoamnios	oui	non	Utérus cicatriciel				oui	non	
DO pathologique	oui :	non :	Suspicion accreta				oui	non nsp	
DC pathologique	oui :	non :							
Contexte étiologique : toxémie / infectieux / toxiques			<b>Hémoglobine ou Hemocue</b>						
Dossier suivi en diagnostic prénatal			Plaquettes :					oui	non
			TP		TCA		Fibrinogène		
Caryotype normal / en attente									

Pathologie maternelle	Pathologie fœtale		
Chirurgie néonatale à prévoir		oui	non

Autres renseignements cliniques

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

## D. ECHOGRAPHIES

- T1 normale anormale : CR ci-joint oui non
- T2 normale anormale : CR ci-joint oui non
- T3 normale anormale : CR ci-joint oui non
- Autres échographies : CR ci-joint oui non

Echographie récente ou précédent le transfert : détail ci-dessous ou CR à joindre

Date : Terme : **EPF :**   
 Présentation : Vitalité fœtale :  
 Liquide amniotique : Localisation placentaire : DO :  
 Autre :

## E. BIOLOGIE

Dernier bilan à détailler ou à fournir :

Les examens prélevés en cours de grossesse (sérologies obligatoires) sont à fournir

## F. MONITORING

Analyse RCF :

Activité utérine :

**SI CRITERES DE NORMALITE DU RCF NON REMPLIS, FAXER LE RCF  
POUR OBTENIR UNE AUTORISATION DE TRANSFERT DE L'ETABLISSEMENT RECEVEUR**

## G. Le cas échéant : CORTICOTHERAPIE / CELESTENE®

1<sup>ère</sup> cure : injections le ..... et le ...../ ..... / ..... à .....h..... IM IV  
 2<sup>ème</sup> cure : injections le ..... et le ...../ ...../ ..... à .....h.....

## H. TRAITEMENTS EN COURS

- 
- 

## I. RESPECT DES CONTRE INDICATIONS AU TRANSFERT

INSTABILITE HEMODYNAMIQUE		HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE	
HEMORRAGIE NON CONTROLEE		ACCOUCHEMENT IMMINENT	
TROUBLES DE COAGULATION MAJEURS		ANOMALIES DU RCF	
PREECLAMPSIE COMPLIQUEE		EXTRACTION URGENTE NECESSAIRE	
CRISE D'ECLAMPSIE EN PRE PARTUM			

## J. DEPART DE LA PATIENTE

Transport Terrestre : SAMU Ambulances Aérien	Heure de départ : <hr/> TV selon contexte :
Traitement pendant le transport	PA : Pouls : <hr/> Etat clinique :
Nom et signature Médecin demandeur :	RCF au départ :
Nom et signature Sage-femme :	Signalement à l'établissement receveur d'un risque de césarienne dès l'arrivée : oui non

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

### Annexe 2 : FICHE D'INFORMATION EN CAS DE TRANSFERT

**MADAME, MONSIEUR,**

Vous avez choisi de mettre votre enfant au monde dans un des établissements adhérents au Réseau Méditerranée PACA CORSE MONACO, réseau de santé constitué de professionnels travaillant autour de la naissance. En mutualisant les compétences de chaque professionnel et en harmonisant leurs collaborations, le travail en réseau permet une organisation plus performante.

Ainsi face à la nécessité de renforcer la surveillance médicale, vous pourrez être hospitalisée (pour votre grossesse et/ou votre enfant après sa naissance) dans un autre établissement. C'est ce que l'on appelle « **LE TRANSFERT** ».

En effet, toutes les maternités ne disposent pas des mêmes plateaux techniques :

1. **les maternités de type I** assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et des nouveaux nés sans problème;
2. **les maternités de type II** (A et B) assurent la prise en charge de nouveau nés nécessitant un service de pédiatrie néonatale, avec soins intensifs pour les types IIB ;
3. **les maternités de types III** ont une réanimation néonatale, pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds.

Lorsque la situation médicale est stabilisée, les professionnels sont soucieux de vous rapprocher, vous et/ou votre enfant de votre domicile afin de poursuivre votre hospitalisation dans des conditions optimales tant au niveau médical que personnel et familial. Cette organisation permet également une meilleure gestion des places des services d'urgence en libérant des lits d'hospitalisation. Vous et/ou votre enfant serez alors rapatriée(s) dans un établissement de type IIA, IIB ou votre établissement d'origine. C'est ce que l'on appelle « **LE RE-TRANSFERT** ».

Ces deux actions sont coordonnées par les équipes médicales travaillant en collaboration avec les maternités des Centres Hospitaliers Universitaires de Marseille et de Nice et centralisées par les SAMU départementaux.

Le mode de transport, terrestre (ambulance) ou aérien (avion ou hélicoptère), sera choisi par le médecin régulateur du SAMU en fonction de votre état de santé (ou celle de votre enfant), des conditions climatiques et géographiques, de la distance à parcourir.

*Si vous le souhaitez, vous pouvez avoir des renseignements complémentaires sur le site du réseau de périnatalité de PACA*

**<http://www.reseaperinatmed.fr>**

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

## Annexe 3 : CONSENTEMENT

Vous allez donc bénéficier d'une prise en charge coordonnée en cas de transfert materno-fœtal. Votre nouveau-né pourra également bénéficier d'un suivi coordonné et d'une surveillance plus attentive au niveau de son développement s'il est né prématurément ou a rencontré des difficultés à la naissance qui ont motivé son transfert en néonatalogie.

Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Domicilié(e) :

Téléphone :

Déclare avoir reçu les informations liées à la nécessité du transfert et pris connaissance de la fiche d'information en cas de transfert.

Par ailleurs, le Réseau dispose d'un système informatique à accès réservé destiné à recueillir certaines données vous concernant, vous et votre enfant, durant son hospitalisation ainsi que pendant toute la période de suivi. Ces données seront réservées aux professionnels de santé intervenant auprès de vous et de votre (vos) enfant(s) ainsi qu'à la cellule de coordination du Réseau qui pourra, de façon **anonyme** et par un **traitement informatique sécurisé**, exploiter ces données à des fins de Santé Publique.

Vous avez le droit de vous y opposer, de même que vous pourrez consulter\*\* et/ou rectifier les informations vous concernant ou concernant votre enfant en vous adressant au secrétariat du Réseau au 04 91 92 95 21 ou [accueil@reseauperinatmed.fr](mailto:accueil@reseauperinatmed.fr)

Fait à

le

Signature de la patiente

Signature du Médecin

\* Consentement unique pour toutes les prises en charges organisées par le réseau, à remplir en fonction de la situation particulière de l'utilisateur.

\*\* Loi 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

\*\*\* L'information concernant le suivi personnalisé du nouveau-né sera donnée aux parents en unité de néonatalogie en cas d'hospitalisation du nouveau-né.

*Si vous le souhaitez, vous pouvez avoir des renseignements complémentaires sur le site du réseau de périnatalité de PACA*

**<http://www.reseauperinatmed.fr>**

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

Réseau Méditerranée, version 1, janvier 2016



## CHARTRE DU TRANSFERT MATERNO-FŒTAL PACA Est, Monaco et Haute-Corse *Rédigée selon les recommandations HAS 2012*

### Définition :

Il s'agit du transfert d'une femme enceinte d'une structure médicale (maternité ou cabinet médical) vers une autre maternité.

Le **motif de transfert** est une **pathologie** maternelle et/ou fœtale **nécessitant** une **prise en charge rapide** dans un établissement adapté.

Les membres du Réseau (établissements, médecins, sages-femmes et tout professionnel de la périnatalité) s'engagent :

- à travailler en partenariat avec les autres membres du réseau dans le respect de la déontologie.
- A s'appuyer dans la pratique sur les référentiels de bonnes pratiques mis à disposition des professionnels par le Réseau<sup>1</sup>.
- A informer la patiente du fonctionnement du Réseau.

### 1) Le cadre médico-légal

D'un point de vue juridique, pour tout transfert de patient d'un établissement à un autre, la responsabilité est partagée entre le médecin envoyeur, le médecin receveur et le médecin transporteur (en cas de transport médicalisé).

### Il est donc capital :

- qu'une discussion bi ou tripartite, à partir d'éléments cliniques exhaustifs et objectifs ait lieu au préalable pour juger de la pertinence du transfert et des modalités de celui-ci.
- que la décision soit prise en référence aux recommandations de bonnes pratiques.
- que les éléments nécessaires à cette décision soient transcrits de façon exhaustive (cf. check-list)

*La décision d'effectuer un transfert materno-foetal doit tenir compte du risque des contre-indications au TMF pendant le transport (risque d'accouchement imminent, anomalie grave du RCF, et instabilité hémodynamique maternelle). Si ce risque est important, il est préférable de surseoir au transport, de pratiquer l'accouchement sur place en prévenant rapidement les équipes mobiles d'urgence pédiatrique et/ou adulte pour organiser un transfert secondaire.*

### 2) Les modalités

---

<sup>1</sup> Cf. les protocoles obstétricaux et pédiatriques mis à disposition par la cellule de coordination : disponibles sur le site internet ou auprès de la cellule de coordination

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

Le choix du mode de transport fait suite à une discussion collégiale entre les obstétriciens sénior envoyeurs/receveurs et le médecin transporteur si un transport médicalisé est envisagé.

### 2.1 Les engagements de l'établissement et du médecin envoyeurs

#### Avant le départ de la patiente:

- **L'obstétricien du service envoyeur prend en charge sur place**, en collaboration avec la sage-femme et tout autre spécialiste si besoin, la femme enceinte et réalise l'évaluation permettant la décision du transfert materno-foetal.
- Cette évaluation obstétricale initiale se fera en fonction de la pathologie compliquant la grossesse et selon les recommandations de bonnes pratiques du Réseau<sup>2</sup>. En attendant l'arrivée de l'équipe de transport, la prise en charge de la patiente est débutée selon les protocoles du Réseau (notamment corticothérapie et tocolyse par Atosiban si nécessaire).
- Une demande de transfert (ainsi que le RCF) doit être faxée à l'établissement receveur et dès que possible au Réseau Méditerranée (n° fax : 04.92.03.57.23)
- L'obstétricien du service envoyeur est tenu de transmettre les éléments du dossier indispensables<sup>3</sup> au suivi médical de la patiente et de préciser les soins prodigués dans le service en attendant et avant son transfert : RCF à faxer avant le transfert et échographies, sérologies à fournir.
- Les éléments cités précédemment seront consignés sur la fiche de transfert materno-foetal (dossier bleu) dument complétée. Il est important que le nom, l'adresse mail, le n° de fax des médecins référents (suivi de grossesse, médecin présent lors du transfert) figurent sur cette fiche.
- La patiente doit arriver avec le dossier complet.

Rappel : Chaque établissement ou chaque gynécologue obstétricien doit gérer les consultations d'urgence de ses patientes (suspicion de RPM, contractions utérines, métrorragies, etc..). En effet, les maternités de type III n'ayant pas vocation à effectuer toutes les consultations d'urgence entre 24 SA et 32 SA, elles ne doivent être sollicitées qu'en cas de transfert d'une patiente.

#### Au départ de la patiente :

A l'arrivée de l'équipe de transport, **l'obstétricien responsable** du TMF de l'établissement envoyeur est **présent sur place** pour accueillir l'équipe de transport, réévaluer, en collaboration avec la sage-femme, l'état de la patiente et confirmer la non contre-indication au transfert materno-foetal.

Le dossier de transfert est vérifié et complété avec les derniers éléments de prise en charge : examen clinique de départ, tracé du RCF datant de moins d'une heure.

L'heure de départ de la patiente est confirmée par téléphone.

### 2.2 Les engagements de l'établissement et du médecin receveurs

- L'obstétricien du service receveur s'engage à donner suite (favorable ou non) à toute demande de transfert materno-foetal au plus tard dans l'heure qui suit la demande initiale.
- L'équipe de transport est reçue au bloc obstétrical par l'équipe médicale de garde.

---

<sup>2</sup> Cf. les protocoles obstétricaux et pédiatriques mis à disposition par la cellule de coordination : disponibles sur le site internet ou auprès de la cellule de coordination

<sup>3</sup> Cf. liste des éléments du dossier de transfert en annexe

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT

## TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

- L'équipe obstétricale receveuse s'engage à informer dans les 24h le service envoyeur du devenir de la femme et du nouveau-né, puis de façon hebdomadaire si la patiente est hospitalisée au long cours.
- L'équipe receveuse s'engage à informer le médecin désigné par la patiente de la sortie d'hospitalisation dans les 24h précédant cette sortie.

Ce retour d'information précoce est recommandé car il permet les échanges entre les équipes, l'homogénéité de la prise en charge et participe à rassurer la femme enceinte et son entourage (d'où l'importance du nom, du mail, du n° de fax des médecins concernés sur la fiche de transfert). En l'absence de ces éléments, le retour d'informations sera difficile.

### **2.3 Orientation d'une femme enceinte, lors d'une consultation d'un cabinet de ville.**

- De la même façon, l'obstétricien doit discuter de l'indication du transfert de la patiente avec l'équipe de l'établissement receveur.
- L'obstétricien s'engage à transmettre une copie du dossier de la patiente.
- Les modalités d'organisation du transfert sont adaptées en fonction de la situation.

### **Bibliographie**

HAS : Recommandations de bonne pratique « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé », novembre 2012.

# PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT TRANSFERT MATERNO-FŒTAL

## Groupe de travail régional

Dr Justine CAGNAT, Gynécologue Obstétricien, CHU Nice

Dr Laurence FAYOL, Pédiatre, Médecine néonatale, APHM, Marseille

Dr Anne-Marie MAILLOTTE, Pédiatre, Médecine néonatale, CHU Nice

Michèle MARCOT, Sage-Femme Coordinatrice, Réseau Méditerranée, Marseille

## Membres de droit du conseil scientifique

Pr Florence BRETTELLE (et/ou suppléant) Gynécologue Obstétricien Gynépôle APHM Marseille

Pr André BONGAIN (et/ou suppléant) Gynécologue Obstétricien CHU Nice

Pr Bruno CARBONNE (et/ou suppléant) Gynécologue Obstétricien CHPG Monaco

Dr Sergio ELENI dit TROLLI (et/ou suppléant) Pédiatre réanimation néonatale CHU Nice

Pr Claude D'ERCOLE (et/ou suppléant) Gynécologue Obstétricien Gynépôle Marseille site Nord

Dr Farid BOUBRED (et/ou suppléant) Pédiatre réanimation néonatale CHU Conception, Marseille

Dr Catherine GIRE (et/ou suppléant) Pédiatre néonatalogie CHU Nord, Marseille

## Membres consultatifs du conseil scientifique

Dr Michel DUGNAT, Pédopsychiatre CHU Sainte Marguerite, Marseille

Dr Jean VOISIN, Médecin Généraliste, Directeur en retraite du CAMSP d'Avignon

Dr François TURK, Gynécologue obstétricien libéral (Var), représentant des URPSML

Dr Jean-Claude PICAUD, Pédiatre, CH Cannes