

 <p>PROTOCOLE TRANSFERT IN UTERO Hors Evasan</p>			Référence : <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations HAS femmes enceintes ayant une complication au cours de grossesse : Transferts en urgence entre les établissements de santé (Novembre 2012) • Circulaire du DGOS/01/2005/67 du 07 février 2005
			Créé le : 05 Octobre 2016
			Version 1
Rédacteurs : Commission protocoles du Réseau Santé Périnatal Matnik	Vérificateur : B . SCHAUB	Approbateurs : JL VOLUMENIE, S DUVILLE, N MANSOUR, P. GROSSMANN	Pages : 8

PREAMBULE

Chaque réseau a pour objectif de mettre en place les procédures d'organisation des transferts d'où l'intérêt pour le Réseau Santé Périnatal Matnik de rédiger un protocole à partir des références ci-dessus citées et des dispositifs disponibles sur le département.

L'organisation des services périnataux de notre département s'articule autour d'une maternité de type III et de 3 maternités de type I.

Niveau III : CHU Maison de la Mère de la femme et de l'enfant.

Niveau I : Maternité de trinité qui dispose d'une structure pédiatrique
Clinique Saint-Paul,
Clinique Sainte-Marie.

La mise en œuvre d'un transfert nécessite deux niveaux décisionnels : d'une part médicale et d'autre part organisationnel en lien avec le SAMU.

TRANSFERT IN UTERO

➤ Niveau Médical

L'évaluation de la femme enceinte au moment du transfert doit être réalisée par l'obstétricien de l'établissement demandeur, qui prend en charge sur place la patiente.

Il est aidé par une sage-femme. Cette évaluation peut se faire en collaboration avec d'autres spécialistes selon la pathologie

Indications au transfert d'un niveau I vers un niveau III

1. Toute situation pathologie maternelle et/ou fœtale nécessitant une prise en charge sans délai dans un établissement adapté et qui ne relève pas d'une prise en charge programmée ou programmable
 - Grossesse $\leq 35s + 6$ jours
 - Estimation du poids de naissance $\leq 2000g$
 - Menace d'accouchement prématuré
 - Rupture prématurée des membranes dans un contexte de prématurité
 - RCIU
 - Pré éclampsie
 - Urgence psychiatrique
2. Toute pathologie maternelle ou fœtale nécessitant une prise en charge du nouveau-né à la naissance dans un environnement médical adapté.

Les contre-indications au transfert

Toute situation d'obstétrique exigeant une naissance dans l'heure ne doit pas justifier un transfert in utero :

- Hématome rétro placentaire
- Procidence du cordon
- Dilatation ≥ 4 cm (à discuter en fonction de la cinétique de dilatation)
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction imminente
- Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle.
- Hémorragie massive dans un contexte de placenta prævia ou accreta suspecté

Information de la femme enceinte

Le transfert *in utero* survient dans une situation clinique potentiellement traumatisante pour la mère et pour son entourage avec un risque de développer un stress post-traumatique par la suite.

Avant de procéder au transfert *in utero*, l'information de la femme enceinte et de son entourage, si elle le souhaite est indispensable.

Chaque professionnel impliqué dans le transfert informe des éléments relevant de son domaine de compétences de manière coordonnée avec les autres intervenants, en les situant dans la démarche générale de soins.

L'information porte sur :

- le motif du transfert qu'il soit d'ordre médical ou organisationnel
- le lieu de transfert
- le déroulement et l'organisation des soins envisagés et l'existence ou non d'une alternative ; leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence
- les bénéfices escomptés ; les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ; les conseils au patient et les précautions qui lui sont recommandées ;
- le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées
- le mode de transport (type de vecteur) prévu pour le transfert
- les renseignements sur l'équipe de professionnels de santé qui prend en charge la femme enceinte
- les coordonnées de l'équipe : adresse, numéro de téléphone, site Internet de l'établissement
- les différentes options d'hébergements proches de l'établissement où sera hospitalisée la femme enceinte et possibles pour l'entourage.
- la possibilité d'un re transfert vers la maternité d'origine ou vers une autre maternité du réseau adaptée à l'état de la grossesse et du fœtus au fil de l'évolution

L'information doit être adaptée à la réceptivité de la patiente. Dans la mesure du possible, il faut s'assurer de sa bonne compréhension des enjeux.

L'information doit être transmise avec humanité, par dialogue singulier en face à face, en expliquant en termes simples et mesurés et avec empathie

Il est important d'avoir un comportement attentionné de nature à diminuer la violence de la situation et du niveau d'angoisse.

Il est recommandé de prendre en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle.

Lors de toute décision de transfert, il est nécessaire de vérifier pour la femme enceinte :

- sa situation familiale : prise en charge des autres enfants ;
- les complications pratiques et d'organisation engendrées par ce transfert ;

Il est recommandé aux professionnels de santé d'obtenir :

- le consentement éclairé de la femme enceinte pour le transfert *in utero* comme pour tout acte de soin.
- l'accord de la femme enceinte avant de délivrer l'information à ses proches (conjoint et personnes de confiance désignées par la femme enceinte).

➤ Niveau organisationnel

1. Le médecin qui sollicite le transfert appelle le médecin régulateur du SAMU afin de décider du transfert
2. Une fiche résumée, identifiant la patiente et la pathologie à l'origine du transfert, est faxée par le demandeur au régulateur SAMU 972.
3. Celui-ci contacte l'établissement receveur afin de s'assurer des possibilités d'accueil

Une communication à trois (médecin régulateur, médecin ou sage-femme transférant et médecin receveur) d'emblée peut être facilitatrice. Conjointement sont déterminés :
 - Le degré d'urgence
 - L'orientation de la patiente et le moment du transfert
 - La mise en condition nécessaire
 - Le vecteur de transfert
 - Et le type de médicalisation du transfert
4. Le médecin régulateur du SAMU organise le transport par SMUR ou ambulance
5. Le médecin transporteur du SAMU et/ou l'équipe à l'origine du transfert met en condition la patiente
6. Il fournit au service qui reçoit, la totalité des informations concernant le transfert (Dossier de transfert et Bon de transport).

NB : Le service à l'origine du transfert contacte, dans les 48 heures, le service « receveur » afin d'obtenir des nouvelles sur l'état de santé de la patiente.

Le service receveur adresse un compte rendu d'hospitalisation à l'établissement d'origine.

Le transport

Le vecteur de transfert est décidé lors de la conversation à trois

Vecteurs de classe de Transport	Type de Transport	Type de prise en charge
Vecteur Classe 1	Ambulance sans accompagnement par du personnel soignant	<ul style="list-style-type: none">▪ Etat stable confirmé▪ Surveillance possible limitée à une perfusion sans en régler le débit
Vecteur Classe 2	Ambulance avec accompagnement par du personnel soignant paramédical ou médical (sage-femme, médecin)	<ul style="list-style-type: none">▪ Etat stable avec pathologie bien identifiée en terme de risque▪ Monitoring de base▪ Pousse-seringues électriques
Vecteur Classe 3	Véhicule de réanimation du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) avec équipe médicalisée	<ul style="list-style-type: none">▪ Urgence de réanimation patente ou latente▪ Médecin anesthésiste réanimateur ou urgentiste /▪ Infirmier/ Ambulancier

Le retransfert

Le service receveur propose à la patiente dès que son état s'améliore ou si le terme de sa grossesse le permet une prise en charge au niveau I selon les principes de transfert

Incidents lors du transfert

Pour améliorer l'organisation et le déroulement des transferts, une fiche de signalement des événements indésirables sera complétée par la personne ayant constaté l'incident et retournée au réseau périnatal

Elle sera analysée par la coordination du Réseau qui vous recontactera si besoin pour plus de précisions.

Après analyse, ces fiches sont totalement anonymisées (éléments directement ou indirectement nominatif du patient, des praticiens, des établissements).

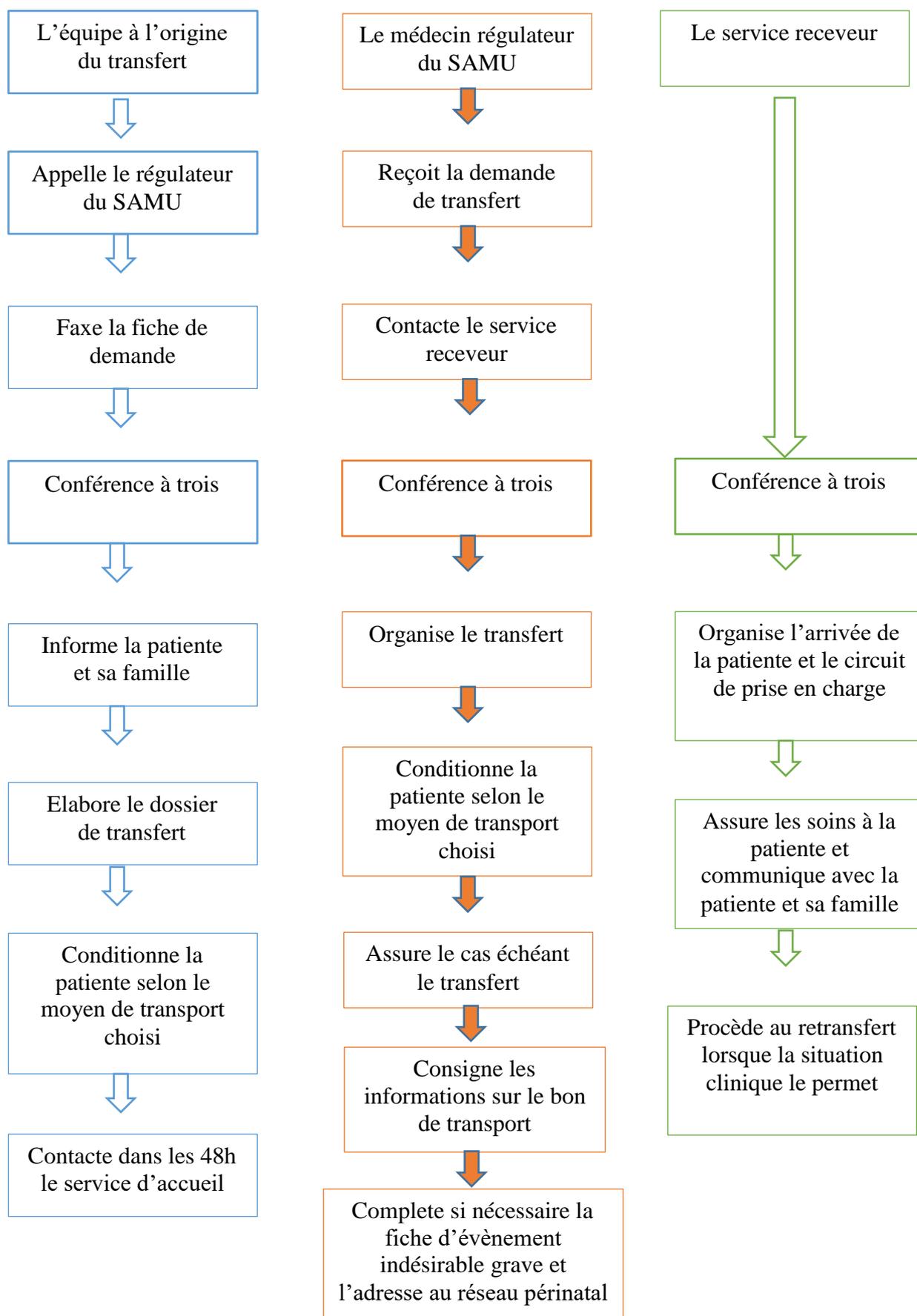
Le bilan des incidents est fait sur les données anonymisées dans les rencontres du Réseau Santé Périnat Matnik sur les Revues de Mortalité Morbidité ou des groupes d'analyse de pratique POZ'K selon la situation.

Evaluation

Evaluation de l'activité transfert

Déclaration des événements indésirables

RMM de chaque établissement



Annexe 2 : FICHE Evènement Indésirable



Signalement d'un incident

Cadre réservé au RSPMatnik
Numéro :
Commission :
Date d'enregistrement :

ENVOI PAR MAIL (si un accusé réception ne vous est par parvenu dans les 8 jours, prière confirmer le signal par Fax). Le bilan des incidents est fait sur les données anonymes dans le cadre du réseau.

Date d'envoi du signalement

L'émetteur du signalement	
NOM, PRENOM	
QUALITE	
ADRESSE PROFESSIONNELLE COMPLETE	
MAIL	
TELEPHONE ET FAX	
L'incident	
Date de survenue	Lieu de survenue
Circonstance de survenue / Description des faits : (le cas échéant joindre une description plus complète sur papier libre, Préciser alors le nombre de page jointes <input type="text"/> et de rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page).	
Conséquences	

Et préciser le niveau de gravité pour le patient (entourer le chiffre correspondant)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Anodin **gravité extrême**

Mesures correctives et actions entreprises

Mesures immédiates prises pour corriger le dysfonctionnement.

Propositions correctives éventuelles du déclarant. Préciser.

Mise en place de recommandations particulières ou nouvelles. Préciser.

Traitement de l'incident (À remplir par le réseau)

Destinataire de la réponse :

Date de transmission de la réponse

Suites données à l'incident

Mesures correctives pour éviter la récurrence