



PROTOCOLE TRANSFERT IN UTERO Hors Evasan V2

Références :

. 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

Date de révision : 28 mai 2026

Nombre de pages : 9

Rédaction :

Rédacteurs initiaux :
Commission protocoles
du Réseau Santé Périnatal
Matnik

Mise à jour 2026 :
M. LAMALLE (RSPM)

Vérification :

Vérificateurs et
approbateurs initiaux:
Dr B. SCHAUB
JL VOLUMENIE
S DUVILLE
N MANSOUR
P. GROSSMANN

Mise à jour 2026 :
Comité scientifique
RSPM

Validation 2026 :

Dr V. AQUILINA (SAMU)
Dr C. CELESTIN (MFME)
Dr O. FLECHELLES (MFME)
C. LECEFEL-LEBIL (MFME)
Dr E. MELKI (CSP)
R-L. LIMOL (CSP)

PRÉAMBULE

Chaque Dispositif Spécifique Régional en Périnatalité a pour objectif de mettre en place les procédures d'organisation des transferts. Le Réseau Santé Périnatal Matnik a rédigé ce protocole à partir des recommandations HAS (novembre 2012) et de la circulaire DGOS/01/2005/67, en tenant compte des dispositifs disponibles sur le territoire martiniquais.

L'organisation des services périnataux de la Martinique s'articule autour d'une maternité de type III et une maternité de type I :

- Type III : CHU de Martinique - Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME) (établissement public)
- Type I : Clinique Saint-Paul (établissement privé).

La mise en œuvre d'un transfert nécessite deux niveaux décisionnels : médical et organisationnel, en lien avec le SAMU.

I. NIVEAU MÉDICAL

1. Évaluation de la patiente

L'évaluation de la femme enceinte au moment du transfert est réalisée par l'obstétricien de l'établissement demandeur, prenant en charge la patiente sur place, en collaboration avec la sage-femme. Cette évaluation peut se faire en coopération avec d'autres spécialistes selon la pathologie.

2. Indications au transfert

1. Toute situation de 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 ≤ 35 SA + 6 jours
- Estimation du poids de naissance $\leq 2\,000$ g
- Menace d'accouchement prématuré (MAP) - seuil d'indication à adapter selon le bilan clinique et paraclinique, en concertation avec le service receveur
- Rupture prématurée des membranes dans un contexte de prématurité
- RCIU
- Pré-éclampsie - le niveau de sévérité justifiant le transfert est défini en concertation médicale entre les deux services (cf. critères de sévérité HAS)
- Urgence psychiatrique

2. Toute pathologie maternelle ou fœtale nécessitant une prise en charge du nouveau-né à la naissance dans un environnement médical adapté.

3. Contre-indications au transfert

Toute situation obstétricale 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.

4. Information de la patiente et de sa famille

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. L'information de la femme enceinte et de son entourage (si elle le souhaite) est indispensable avant tout transfert.

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 notamment sur :

- Le motif du transfert (médical ou organisationnel) ;
- Le lieu de transfert et les coordonnées de l'établissement receveur ;
- Le déroulement et l'organisation des soins envisagés : leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence et l'existence ou non d'une alternative ;
- Les bénéfices escomptés, les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ;
- Le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées ;
- Le mode de transport prévu (type de vecteur) ;
- La composition de l'équipe prenant en charge la patiente ;
- Les options d'hébergement pour l'entourage à proximité du service receveur ;
- La possibilité d'un retransfert vers la maternité d'origine lorsque l'état clinique le permet.

L'information doit être transmise avec humanité et empathie, par dialogue singulier en face à face, adapté à la réceptivité de la patiente, en tenant compte de sa situation psychologique, sociale et culturelle. Il est important d'avoir un comportement attentionné de nature à diminuer la violence de la situation et du niveau d'angoisse.

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

- sa situation familiale (ex : 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 ;
- son accord avant toute transmission d'information à ses proches (conjoint et personnes de confiance désignées par la femme enceinte).

Un document d'information type sera remis à la patiente et à sa famille lors de tout transfert.

II. NIVEAU ORGANISATIONNEL

1. Processus de décision et de régulation

1. Le médecin demandeur contacte directement le médecin du service receveur afin de s'accorder sur l'indication médicale du transfert et de sa temporalité ;
2. Le médecin demandeur contacte ensuite le médecin régulateur du SAMU 972 / Centre 15 pour définir les conditions et le vecteur de transport. La demande est enregistrée via la ligne sécurisée du SAMU ;
3. Le médecin régulateur vérifie la disponibilité et l'information du service receveur, puis organise le transport ;
4. L'équipe à l'origine du transfert et/ou le médecin transporteur met en condition la patiente selon le vecteur choisi ;
5. Le dossier de transfert renseigné par le service demandeur est remis à l'équipe transportante pour transmission directe au service receveur.

Une conférence à trois simultanée (médecin demandeur + médecin régulateur + médecin receveur) n'est pas systématique mais reste possible dans des situations complexes, à l'initiative de l'un des acteurs.

2. Traçabilité

La traçabilité est assurée par :

- Le Dossier de Régulation Médicale (DRM) renseigné par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) puis complété par le médecin régulateur du Centre 15. Les échanges sont réalisés sur une ligne téléphonique sécurisée et enregistrée ;
- Le dossier de transfert papier remis à l'équipe transportante.

3. Dossier de transfert à remettre au service receveur

Un dossier de transfert est élaboré par l'équipe de l'établissement demandeur et remis à l'équipe transportante. Il est transmis directement au service receveur à l'arrivée.

Ce dossier comprend :

- L'identification de la patiente
- Le motif du transfert et le résumé de la situation clinique
- Les antécédents obstétricaux et médicaux pertinents
- Les résultats biologiques et d'imagerie récents
- Les traitements en cours et les thérapeutiques administrées
- Le courrier médical du médecin demandeur

4. Vecteur de transport

La décision du vecteur de transport est prise par le médecin régulateur du SAMU, sur la base de l'état clinique de la patiente et des ressources disponibles.

Vecteur de classe de transport	Type de transport	Indication clinique
Vecteur Classe 1	Ambulance - sans personnel soignant	État stable confirmé Surveillance limitée à une perfusion simple
Vecteur Classe 2	Ambulance - avec personnel paramédical ou médical (infirmier, sage-femme, médecin)	État stable avec pathologie bien identifiée en termes de risque Monitoring de base Pousse-seringues électriques
Vecteur Classe 3	SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) - véhicule de réanimation avec équipe médicalisée (urgentiste ou médecin d'astreinte + infirmier + ambulancier)	Urgence de réanimation patente ou latente

5. Bon de transport

Pour les transferts relevant de l'Aide Médicale Urgente (AMU), la décision de transport enregistrée dans le Dossier de Régulation Médicale (DRM) du Centre 15 tient lieu de bon de transport. Aucun bon papier complémentaire n'est à établir par l'établissement demandeur.

Pour les transferts simples réalisés par ambulance, le bon de transport est établi par le service demandeur.

6. Suivi post-transfert

Le service à l'origine du transfert contacte le service receveur dans les 48 heures pour obtenir des nouvelles de la patiente. Le service receveur adresse un compte rendu d'hospitalisation à l'établissement d'origine.

III. RETRANSFERT

Lorsque l'état clinique de la patiente est stabilisé ou que le terme de la grossesse est compatible avec une prise en charge dans la maternité d'origine, le service receveur organise, en lien avec la maternité d'origine, un retransfert de la patiente. Celui-ci est organisé selon des modalités adaptées à l'évolution de la situation de la patiente.

IV. INCIDENTS ET ÉVALUATION

Signalement des événements indésirables

Dans le cadre de l'amélioration de l'organisation des transferts en périnatalité, toute personne ayant constaté un incident lors d'un transfert est invitée à compléter la fiche de signalement des événements indésirables (annexe) et à la retourner au DSRP par mail. Elle sera analysée, anonymisée, et pourra faire l'objet d'un bilan présenté en Revues de Mortalité Morbidité (RMM) ou en groupe d'analyse de pratiques.

Indicateurs de suivi

Afin d'évaluer la mise en œuvre de la présente procédure et d'en assurer l'amélioration continue, les indicateurs suivants sont recueillis annuellement et transmis à l'Agence Régionale de Santé de Martinique :

- Nombre et taux de transferts in utero ;
- Nombre d'événements indésirables liés aux transferts ;
- Nombre de RMM impliquant un transfert in-utéro ;
- Nombre d'accouchements de grands prématurés (< 32 SA) survenant en maternité de niveau I, ainsi que l'analyse des profils et des circonstances.

ANNEXE 1 — Processus de transfert in utero (version actualisée 2026)

Le service demandeur (obstétricien de garde)	Le médecin régulateur du SAMU 972 / Centre 15	Le service receveur (obstétricien de garde)
① Contacte directement le médecin receveur pour accord sur l'indication et la temporalité		① Reçoit l'appel du médecin demandeur et s'accorde sur l'indication
② Appelle le médecin régulateur du SAMU 972 pour les conditions de transport	① Reçoit la demande de transfert (ligne enregistrée sécurisée)	
	② Vérifie la disponibilité du service receveur et organise le transfert	② Confirme la disponibilité et organise l'accueil de la patiente
③ Informe la patiente et sa famille - Remet le document d'information	③ Décide du vecteur de transport	
④ Élabore le dossier de transfert type		
⑤ Met en condition la patiente selon le vecteur décidé	④ Assure le transfert si AMU	
	⑤ Enregistre le DRM	③ Assure les soins à la patiente - Communique avec la famille
⑥ Contacte le service receveur dans les 48h		④ Propose le retransfert dès que l'état clinique le permet



Signalement d'un Incident lié aux parcours de santé en périnatalité

Cadre réservé au RSPMatnik

Numéro :

Date d'enregistrement :

Veillez à transmettre des données anonymisées.

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 et rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page.	
Conséquences	

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 :