



PROTOCOLE TRANSFERT NEONATAL 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
 . Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres.
 SASH0905241A.

Créé le : 05 octobre 2016 (v1)

Date de révision : 28 mai 2026 (v2)

Nombre de pages : 9

Rédaction :

Rédacteurs initiaux :
 Commission protocoles
 du Réseau Santé Périnat
 Matnik

Mise à jour 2026 :
 M. LAMALLE (RSPM)

Vérification :

Vérificateurs et
 approbateurs initiaux:
 J.PIGNOL
 H. BATAILLE
 I. NAHRI
 E. DUPUIS

Mise à jour 2026 :
 Comité scientifique
 RSPM

Validation 2026 :

Dr V. AQUILINA (SAMU)
 Dr O. FLECHELLES (MFME)
 Dr C. CELESTIN (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 Périnat 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.

1. Indications au transfert néonatal

Un transfert néonatal correspond au transport interhospitalier d'un nouveau-né, réalisé après la naissance ou dans les premiers jours de vie, depuis une maternité ou un service de néonatalogie vers un établissement disposant du niveau de prise en charge adapté. Il est indiqué lorsque l'orientation initiale de la mère ne correspond pas aux besoins de l'enfant ou lorsqu'une pathologie, non anticipée pendant la grossesse, apparaît à la naissance ou dans ses suites.

Le transfert néonatal peut être motivé par une pathologie grave périnatale mettant ou non en cause le pronostic vital.

Sont concernés :

- Nouveau-nés prématurés (AG $\leq$ 32 SA) ou de moins de 1500g, dont la mère n'a pas pu être transférée avant la naissance vers une maternité de type III (transfert in-utéro impossible ou contre-indiqué) ;
- Nouveau-nés avec âge gestationnel (AG) $\leq$ 35 SA et/ou grossesse repérée à risque, ne pouvant bénéficier sur place des soins nécessaires et devant être transférés en unité spécialisée (réanimation, soins intensifs, bloc opératoire, chirurgie...) ;
- Nouveau-nés présentant un tableau clinique grave nécessitant une prise en charge respiratoire et/ou hémodynamique et/ou une surveillance continue rapprochée ;
- Nouveau-nés présentant une anoxo-ischémie et dont l'état neurologique comporte un caractère de gravité ;
- Nouveau-nés admis aux urgences pédiatriques ou hospitalisés dans les services de pédiatrie et devant être transférés vers une unité de réanimation ;
- Nouveau-nés déjà hospitalisés en unité de réanimation ou service spécialisé, encore dépendants d'une assistance respiratoire et devant subir, sur le même site ou dans un autre hôpital, une exploration spécialisée.

Un retransfert néonatal correspond au transport interhospitalier d'un nouveau-né vers son établissement d'origine après une prise en charge spécialisée en néonatalogie, lorsque son état clinique est stabilisé et que la poursuite de ses soins peut y être assurée.

2. Contre-indications au transfert néonatal

- État instable
- Enfants à la limite de la viabilité relevant de soins palliatifs

3. Information aux parents

Avant tout transfert néonatal, l'information des parents est indispensable. Leur consentement éclairé est requis pour le transfert comme pour tout acte de soin.

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 (vecteur) ;
- La composition de l'équipe prenant en charge l'enfant ;
- Les options d'hébergement pour les parents à proximité du service receveur ;
- La possibilité d'un rapprochement mère-enfant ou d'un retransfert dès que l'état de l'enfant le permet ;

L'information doit être transmise avec humanité et empathie, par dialogue singulier en face à face, adapté à la réceptivité des parents, en tenant compte de leur 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.

Un document d'information type sera remis aux parents lors de tout transfert.

II. NIVEAU ORGANISATIONNEL

1. Processus de décision et de régulation

1. Le pédiatre du service demandeur contacte le réanimateur pédiatrique du service receveur afin de s'accorder sur l'indication médicale du transfert et de sa temporalité ;
2. Le pédiatre 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 contacte si nécessaire le réanimateur pédiatrique de garde ou d'astreinte opérationnelle (PRC) pour une demande d'appui spécialisé ou de renfort médical lors du transport. Conjointement sont déterminés : le degré d'urgence, l'orientation et le moment du transfert, la mise en condition nécessaire, le vecteur de transport et le niveau de médicalisation ;
4. Le médecin régulateur organise le transport ;
5. L'équipe à l'origine du transfert et le médecin transporteur réalisent la mise en condition de l'enfant et assure la continuité des soins le cas échéant.
6. 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 l'enfant (et de la mère)
- L'âge gestationnel, le poids de naissance, les mensurations
- Le motif du transfert et le résumé de la situation clinique
- Les antécédents anténataux et la surveillance de la grossesse
- Les traitements reçus (corticothérapie, antibiotiques, etc.) et les thérapeutiques en cours
- Les résultats biologiques et d'imagerie récents
- Le courrier médical du pédiatre demandeur

4. Vecteur de transport

Le vecteur est décidé par le médecin régulateur du SAMU, sur la base de l'état clinique de l'enfant et des ressources disponibles.

Type de transport	Indications cliniques
Transport sanitaire ambulancier	- Nouveau-nés à terme ou proche du terme (> 2 500 g), situation clinique stable, pas de problème de régulation thermique (pas d'incubateur) - Transfert postnatal mère/enfant sans pathologie identifiée (manque de lits) - RCIU modéré ou ictère bien toléré nécessitant un examen complémentaire semi-urgent - Rapprochement familial après séjour en milieu spécialisé

Transport infirmier interhospitalier	Nouveau-nés d'AG $\geq$ 33 SA et poids de naissance $\geq$ 1 500 g, transférés en incubateur, présentant : - Un RCIU peu sévère - Une suspicion d'infection materno-fœtale sans troubles respiratoires ou hémodynamiques - Une malformation sans conséquence clinique immédiate - Un ictère intense mais bien toléré nécessitant un examen complémentaire
SMUR spécialisé ou avec concours du pédiatre / réanimateur pédiatrique d'astreinte	- Nouveau-nés prématurés (AG $\leq$ 32 SA) ou de moins de 1500g - Nouveau-nés présentant un tableau clinique grave nécessitant une prise en charge respiratoire et/ou hémodynamique et/ou une surveillance continue rapprochée - Nouveau-nés admis aux urgences ou en pédiatrie et devant être transférés en réanimation - Nouveau-nés déjà en réanimation, sous assistance respiratoire, devant subir une exploration spécialisée

En l'absence de SMUR pédiatrique en Martinique, les transferts nécessitant une médicalisation pédiatrique spécialisée sont assurés par l'équipe SMUR, renforcée par l'astreinte de réanimation pédiatrique de la MFME.

5. Matériels de transport

Les matériels de retenue-nacelle et filets de protection sont conformes aux normes en vigueur. Les moyens de fixation de sécurité sont conformes au Code de la Route. Les matériels recommandés sont établis en annexe 4 de la circulaire du 7 février 2005 et de l'arrêté du 10 février 2009.

6. 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.

7. Suivi post-transfert

Le service à l'origine du transfert contacte le service receveur dans les 48 heures pour obtenir des nouvelles de l'enfant et évaluer les conditions d'un rapprochement mère-enfant.

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

III. RETRANSFERT ET RAPPROCHEMENT MÈRE-ENFANT

Au mieux, le rapprochement mère-enfant est organisé en fonction des possibilités de l'établissement d'accueil. Dans ce cas :

- L'établissement d'origine organise directement le transport (ambulance privée).
- En cas de difficultés de disponibilité des ambulances, la plateforme régionale de régulation des transports sanitaires non urgents peut être sollicitée (à confirmer).

Dès que l'état de l'enfant s'améliore et que l'âge gestationnel le permet, le service receveur propose aux parents un retransfert vers la maternité d'origine. Celui-ci est organisé selon des modalités adaptées à l'évolution de l'état clinique de l'enfant.

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

Le service demandeur (pédiatre de garde)	Le médecin régulateur du SAMU 972 / Centre 15	Le service receveur (réanimateur pédiatrique de garde et/ou d'astreinte)
① Contacte directement le réanimateur pédiatrique du service receveur pour accord sur l'indication et la temporalité		① Reçoit l'appel du pédiatre 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 Contacte si nécessaire le réanimateur pédiatrique d'astreinte (PRC) pour appui spécialisé	② Reçoit l'appel du SAMU Assure l'appui spécialisé et décide de la nécessité d'un renfort médical lors du transport si nécessaire
③ Informe les parents - Remet le document d'information type	③ Décide du vecteur de transport et organise le transfert	③ Confirme la disponibilité et organise l'accueil de l'enfant
④ Élabore le dossier de transfert		
⑤ Met en condition l'enfant selon le vecteur décidé	④ Assure le transfert	④ Participe au transfert si nécessaire
	⑤ Enregistre le DRM	⑤ Assure les soins à l'enfant. Communique avec la famille
⑥ Contacte le service receveur dans les 48h. Propose le rapprochement mère-enfant.		⑥ Évalue les possibilités d'un rapprochement mère-enfant ou 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 :