Réseau Périnatal
Champagne-Ardenne

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

TRANSFERT MATERNO FŒTAL (TMF)

Validation Conseil scientifique juin 2022

CONTEXTE / CONSTATS 2
CADRE RÉGLEMENTAIRE 2
RÉFÉRENCES 3
OBJECTIFS DE LA RECOMMANDATION 4
PRÉREQUIS 5
RECOMMANDATIONS -AXES GÉNÉRAUX 6
RECOMMANDATIONS -AXE SPÉCIFICITÉS LOCALES 7
Annexe 1 LOGIGRAMME PROCÉDURE TMF ou conseil CoPéGE 8
Annexe 2 CARTOGRAPHIE TEMPS D'INTERVENTION TIU RPCA nov 2016 10
Annexe 3 PROTOCOLE DOSIFUSER MULTIFLOW juillet 2021 – Réseau Périnatal Lorrain 11

CONTEXTE / CONSTATS

Le but d'un fonctionnement en réseau est d'améliorer la sécurité en organisant, dans certaines situations, l'orientation ou le transfert d'une femme vers un établissement adapté à sa prise en charge et à celle de son enfant.

⇨ Les 2 types 3 sont en Champagne-Ardenne sont de plus en plus souvent saturés sur les services de grossesse pathologiques ou de réanimation néonatale. Il est arrivé que le praticien de garde au CHU refuse pour ce motif des demandes de transfert provenant de maternités du territoire qui n'ont pas d'autres alternatives en proximité.

⇨ Les SAMU en lien avec leur nombre de vecteurs et leurs ressources humaines corrélées au nombre croissant de missions voient leur organisation se modifier.

⇨ Plusieurs événements indésirables surviennent à l'occasion de transferts du fait de longues distances ou parce que l'indication du transfert est contestable.

⇨ Les problématiques de transfert ne sont pas les mêmes selon les maternités du territoire ou limitrophes. Par exemple, le SAMU 52 est basé à Chaumont. Un transfert médicalisé de Saint-Dizier à Reims implique donc un déplacement du vecteur préalable de Chaumont à Saint-Dizier, ce qui allonge les délais. C'est le cas également pour des établissements axonais dont le SAMU de référence est basé à Laon. (Référence carte des temps d'intervention pour les TMF)

⇨ L'absence de cellule de régulation sur le territoire implique une connaissance, par tous les acteurs des TMF, des maternités du territoire (localisation, type, temps d'accès…).

CADRE RÉGLEMENTAIRE

⇨ **Décrets n° 98-899 (8) et n° 98-900 (9) du 9 octobre 1998 et par la circulaire DH/EO 3 n° 99-402 du 8 juillet 1999**. Ces décrets incitent à une organisation graduée et à une organisation en réseau entre maternités pour permettre d'orienter la mère et/ou son nouveau-né dans la maternité adaptée à son risque médical materno-fœtal.

⇨ **Circulaire n° DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006**, relative à l'organisation des transports périnatals des mères

⇨ **Synthèse HAS novembre 2012** Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé Transfert in utero : organisation et information

RÉFÉRENCES

⇨ PRS Grand Est / AXE STRATÉGIQUE N°6 : DÉVELOPPER LES ACTIONS DE QUALITÉ, DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE DES SOINS

PARTIE 3/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ Objectifs 2 et 3

En savoir plus : https://www.grand-est.ars.sante.fr/prs

PRS GRAND EST 2018-2028 / SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ ET PRAPS 2018-2023
NOS PRIORITÉS 2018-2023 / AXE STRATÉGIQUE N 6 : DÉVELOPPER LES ACTIONS DE QUALITÉ, DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE DES SOINS

/// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Il s'agit de faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé de la mère et de l'enfant par la mise en œuvre de **huit objectifs opérationnels** :

- L'amélioration de la coordination des acteurs en périnatalité notamment par la constitution de communautés périnatales au sein des zones d'implantation du niveau de soins de référence **[Objectif 1]** ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à la consolidation d'une offre de maternités :
  - Respectant les exigences en matière de qualité, de sécurité et de continuité des soins **[Objectif 2]** ;
  - Assurant l'adéquation entre le niveau de risque, pour la mère et l'enfant, et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés ainsi qu'une bonne organisation des transferts néonataux **[Objectif 3]** ;
- L'amélioration de l'accompagnement global du couple à travers un parcours de santé coordonné, notamment lors du retour à domicile des mères, avec une attention particulière au soutien à la parentalité **[Objectif 4]** ;
- Le renforcement et la coordination des offres de prévention, de repérage à travers le dépistage et la prise en charge des grossesses à risques médico-psycho-sociaux **[Objectif 5]**, la prévention du handicap avec une prise en charge neuro-protectrice des nouveau-nés à risque et l'amélioration du suivi des nouveau-nés prématurés **[Objectif 6]** ;
- La garantie de l'accessibilité aux soins, d'une part en matière d'IVG pour les grossesses avancées et en période estivale **[Objectif 7]** et, d'autre part, en matière de préservation de la fertilité pour les personnes atteintes du cancer **[Objectif 8]**.

⇨ **Procédure** TRANSFERT MATERNO-FŒTAL TRANSFERT DU POST-PARTUM IMMEDIAT RAPPROCHEMENT MERE-NOUVEAU-NE CONSEILS DE PRISE EN CHARGE Version 12/02/2018 logigramme **cf. annexe 1**

⇨ **Cartographie** TEMPS D'INTERVENTION TIU NOVEMBRE 2016 **cf. annexe 2**

⇨ **Protocole** DOSIFUSER MULTIFLOW juillet 2021 – Réseau Périnatal Lorrain **cf. annexe 3**

OBJECTIFS DE LA RECOMMANDATION

⇨ Éviter les accouchements sur un établissement non adapté de patientes présentant des pathologies qui requièrent un plateau technique spécifique

⇨ Éviter les naissances Outborn qui génèrent une mortalité ou une morbidité néonatale, un transfert postnatal et un rapprochement mère enfant.

⇨ Éviter la saturation des types 3, notamment pour favoriser l'accueil des grands prématurés de moins de 30 semaines sur ces sites.

⇨Mener une réflexion sur la faisabilité de transférer en sécurité des patientes en ambulance privée dans un cadre bien précis afin de désengorger les vecteurs médicalisés pour les situations le nécessitant.

⇨ Éviter les transferts en urgence et/ou sur de trop longues distances et favoriser avec anticipation le transfert néonatal après accouchement sur place de la mère.

⇨ Accepter des naissances Outborn « consenties » hors des urgences obstétricales avérées prises en charge sur place mais avec un consentement bipartite (cf plus loin)

⇨ Mener une réflexion sur la possibilité au cas par cas d'un TMF vers les types 2B au lieu d'un TMF systématique vers un type 3 pour certains établissements.

⇨ Mener une réflexion sur la possibilité d'accueil des 2B pour les accouchements d'AG [30SA-31SA révolues].

PRÉREQUIS

Préambule

Le TMF est indiqué lorsqu'il existe une inadéquation entre la structure d'hospitalisation d'une femme enceinte et la pathologie qu'elle ou son enfant présente.

*Il faut privilégier avec anticipation la simple **orientation** pour demande d'avis, ou poursuite du suivi dans un environnement adapté lorsque la pathologie maternelle et/ou fœtale le justifie (autre spécialité, plateau technique spécifique pour la-les pathologies concernée-s)*

La confiance mutuelle, le dialogue, l'écoute et la bienveillance et la prise en compte des contraintes constantes ou du moment devront être au cœur de tout le dispositif, ainsi chaque protagoniste mettra en œuvre tous les moyens dont il dispose pour y parvenir (réflexion à mener avec le réseau si besoin en tant que facilitateur).

Note de lecture : **en surligné rose** DMD = Demandeur / RECEV = Receveur / REGUL = Régulation

⇨ DMD-RECEV Connaitre parfaitement **l'environnement du territoire** en termes de structures et plus précisément de maternités et leurs capacités de prise en charge. (cf cartographie)

⇨ DMD-RECEV-REGUL **Privilégier un TMF plutôt qu'un TNN** à chaque fois qu'il peut encore être réalisé sans risque avéré pour la mère et l'enfant en limitant les risques inhérents au transport.

⇨ DMD Évaluer la **faisabilité du TMF** selon la **situation clinique** de la patiente

⇨ DMD Évaluer la faisabilité du TMF selon la **maternité la plus proche et/ou la plus adaptée**. Le transfert doit être si possible le moins éloigné du domicile pour éviter un éloignement familial

⇨ DMD **Poser un diagnostic** à l'issue de l'interrogatoire et de l'examen initial de la patiente. De ce diagnostic découlent la décision et l'organisation du transfert.

⇨ DMD-RECEV-REGUL **Partager ce diagnostic** avec le receveur et le médecin régulateur est essentiel.

⇨ DMD-RECEV-REGUL Tenir compte des **contre-indications au TMF en urgence** : accouchement spontané imminent, ou pathologie maternelle et/ou fœtale dépassée ou instable et nécessitant une extraction sans délai.

RECOMMANDATIONS -AXES GÉNÉRAUX

Ce paragraphe fait suite ou approfondit certains prérequis

1. EVALUATION CLINIQUE PREALABLE AU TMF : LA PLUS FIABLE POSSIBLE !

L'évaluation de la femme enceinte au moment du transfert doit être réalisée par le médecin demandeur du TMF. Ce médecin prend en charge la patiente sur les lieux en collaboration avec la sage-femme qui peut être amenée à prendre le relai de la demande via le numéro unique, dénommé « *transferts périnataux et pédiatriques* ».

La notion d'une pathologie compliquant la grossesse nécessite impérativement l'évaluation de la situation par un **obstétricien**, qui devra impérativement :

1. Connaître le **terme** exact de la grossesse ;
2. Être en possession de tous les éléments du dossier de la grossesse ;
3. Effectuer un **examen clinique** obstétrical et général complet en ayant pris connaissance de tous les éléments du dossier obstétrical ;
4. Pouvoir être aidé par d'autres praticiens selon la ou les pathologies suspectées
5. Préciser l'état clinique de la patiente et préciser, dans la mesure du possible, la pathologie suspectée ;
6. Avoir interprété un **rythme cardiaque fœtal** réalisé au plus près du transfert. Cette interprétation doit se faire en fonction de la pathologie que présente la patiente et des risques encourus en cours de transport ;
7. **Réaliser une échographie obstétricale** la plus complète possible comprenant : une évaluation des mouvements actifs fœtaux, de la présentation, une estimation de poids, de la quantité de liquide amniotique. Cette échographie peut, selon la pathologie, être complétée par une échographie du col de l'utérus (avec mesure de la longueur cervicale).
8. **Mettre en place les thérapeutiques préconisées** pour le transport, notamment celles qui sont d'indications obstétricales en accord avec le médecin transporteur (tocolytique…).

2. (RÉ)EVALUATION DE LA FAISABILITE DU TRANSFERT

L'évaluation de la situation clinique devra se faire dans le temps le plus optimal pour être fiable et pour évaluer la faisabilité du transfert

1. Faible probabilité accouchement pendant le trajet (facteurs accélérants, cinétique de dilatation)
2. Choix de la maternité la plus adaptée mais aussi la plus proche (type et distance) soit des transferts les plus courts
3. Choix du vecteur approprié en lien avec le médecin régulateur

3. MISE EN ŒUVRE DU TRANSFERT - Appel au numéro unique de périnatalité dénommé transferts périnataux et pédiatriques 03 26 78 48 91

⇨ Favoriser les décisions collégiales impliquant les obstétriciens **et** les pédiatres des établissements demandeur **et** receveur (discussion à 3 ou 4- dispositif à mettre en œuvre sur les 2B et III, possible sur le CHU de REIMS).

⇨ **Transmettre les éléments complets mais aussi essentiels** impactant la prise en charge immédiate et future de la patiente à son **interlocuteur** et au **médecin régulateur** qui va avoir la responsabilité du transport de la patiente

⇨ Valider et recueillir **l'acceptation** du transfert (responsabilité du médecin demandeur/situation clinique)

⇨ Mettre en œuvre des thérapeutiques permettant d'obtenir la stabilité de la patiente nécessaire à la prise en charge sur place et pendant le futur **transfert.**

Suite à la mise en œuvre des thérapeutiques, un délai minimum pour atteindre la stabilité clinique est requis mais sans pour autant ***ne plus rendre obligatoire*** la durée de 3 h recommandée dans le Vidal si utilisation de l'ATOSIBAN (tractocile ®).

⇨ Choisir le mode de transfert le plus approprié (responsabilité partagée entre demandeur, receveur et le médecin régulateur SAMU).

Si patiente grossesse unique stabilisée, sans autres pathologies aggravant la situation clinique, avec l'utilisation de l'antagoniste de l'ocytocine ATOSIBAN (tractocile®). *Vecteur de classe 1* (ambulances privées) requis + utilisation d'un Dosifuser Multiflow (cf protocole Dosifuser).
L'utilisation d'un vecteur de classe 1 nécessite d'avoir conventionné avec une entreprise d'ambulances privées.
Si patiente grossesse multiple, *vecteur médicalisé obligatoire*

⇨ **Si le vecteur n'est pas disponible au moment de la demande de transfert**, réaliser une **réévaluation clinique** de la patiente par le médecin de garde et étudier la nouvelle faisabilité du transfert.

RECOMMANDATIONS -AXE SPÉCIFICITÉS LOCALES

⇨ **Pour les prématurés [32SA-34SA],** prendre en compte la possibilité de transférer depuis des maternités de type 1 et 2A vers celles de type 2B au lieu du type 3.

Sedan → Charleville-Mézières

Epernay / Châlons-en-C.→ Polyclinique Reims-Bezannes

Verdun → Saint-Dizier (déjà opérationnel)

Laon /Château-Thierry → Soissons (déjà opérationnel)

⇨ Savoir **expliciter pour le demandeur les fragilités** de certaines équipes (praticiens peu nombreux, recours fréquents à des remplaçants…) et **tenir compte pour le receveur de ces fragilités.**

⇨ **S'appuyer sur les organisations en GHT**

- Concernant Sedan : encourager le transfert **précoce** des grossesses à risque vers le site de Charleville-Mézières (cf. supra) et éviter des transferts dans l'urgence depuis Sedan vers le CHU.
- Le GHAM Romilly vers le CH de Troyes (déjà opérationnel).
- Le CH de Verdun vers le CH de Saint-Dizier (déjà opérationnel).

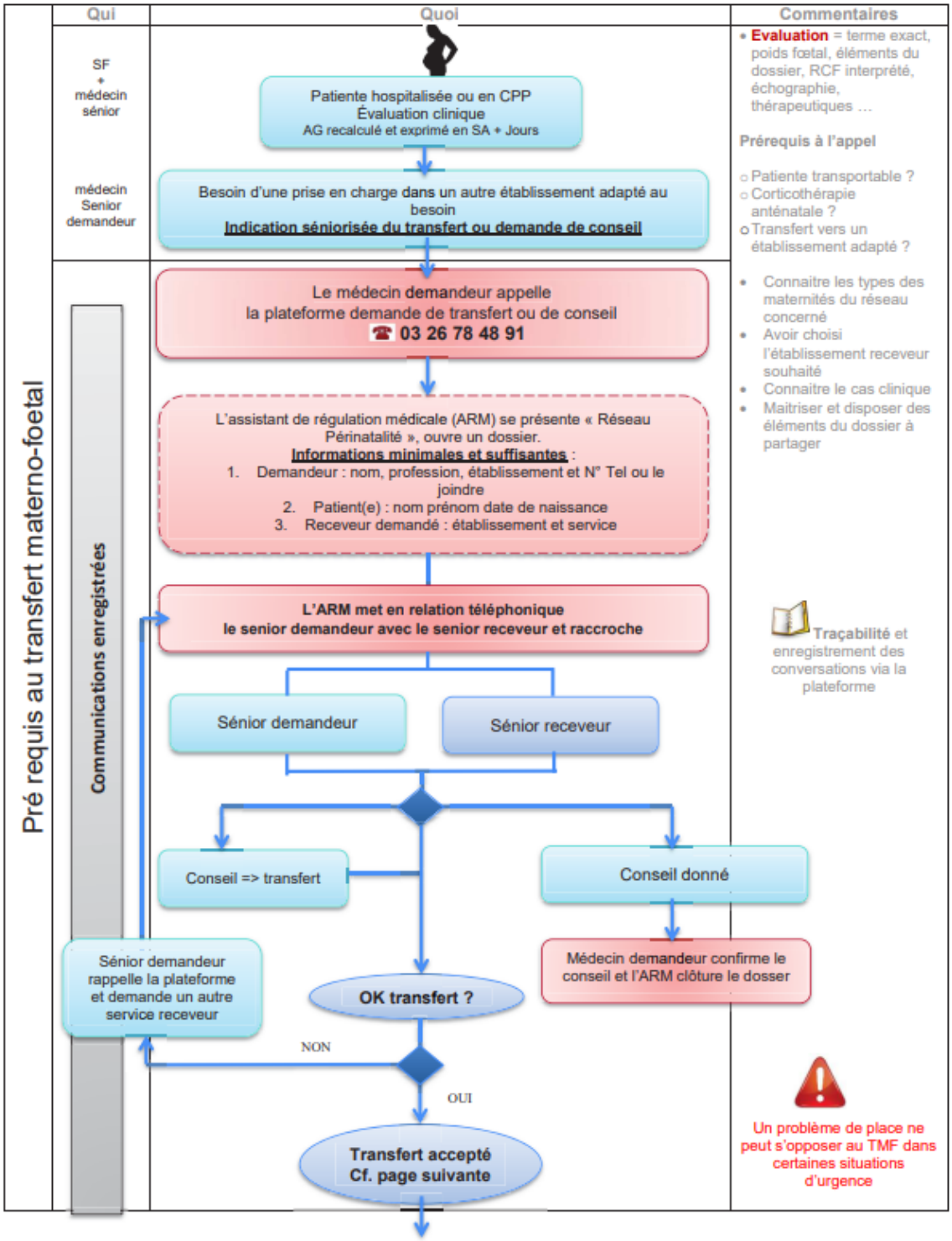
⇨ **Poursuivre la coopération entre les types 3 et 2B** afin de libérer des lits en Réanimation néonatale : mettre en œuvre des re-transferts plus systématiques de nouveau-nés depuis le CHU vers les types IIB.

En 2022, le RPCA mène des réflexions sur la pertinence de faire naître un enfant de 30SA-31SA+6 sans autre pathologie associée en type 2B plutôt en type 3 avec pour objectifs :

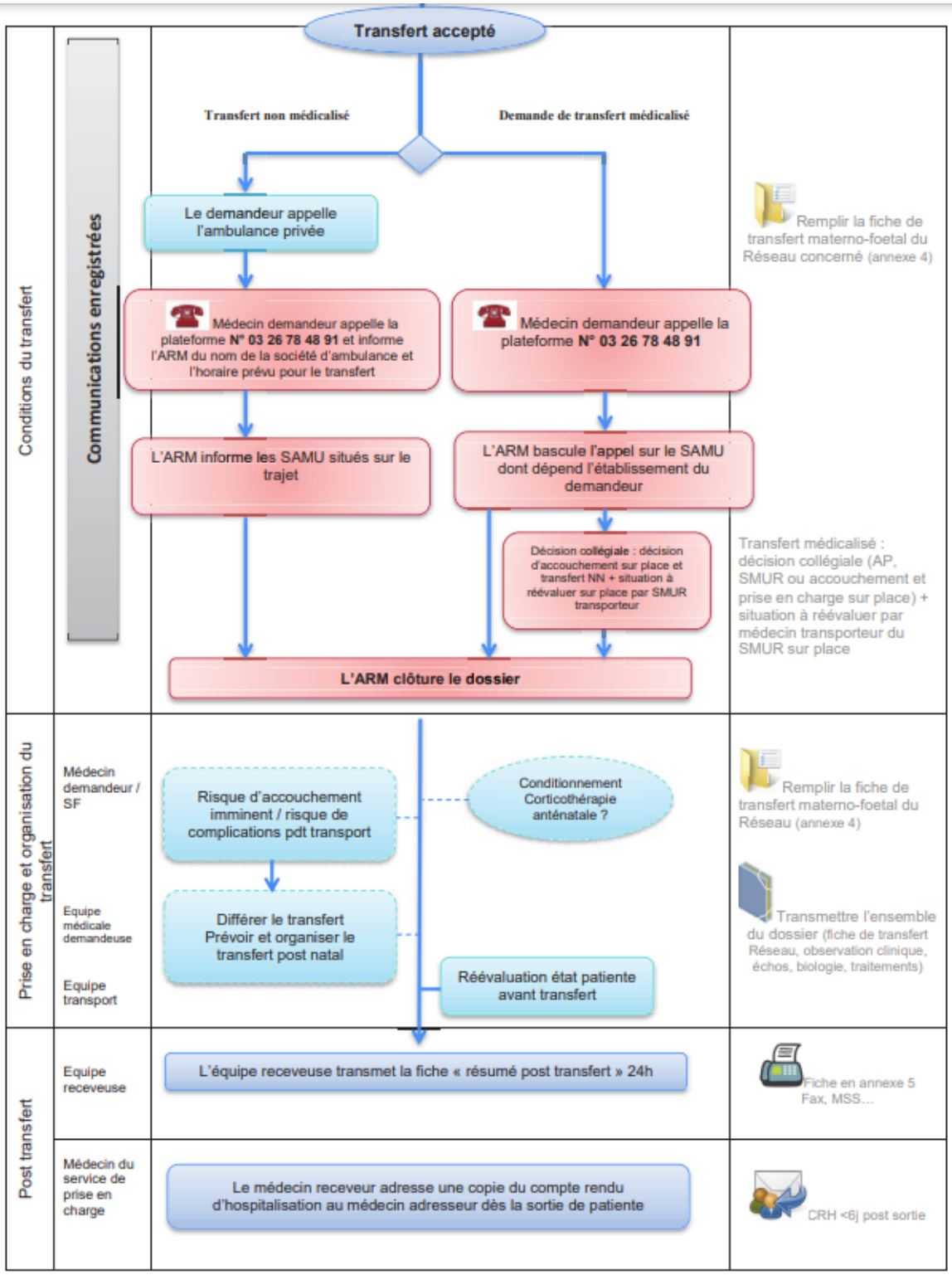
- Eviter un transfert insécure (temps de trajet)
- Libérer des lits en réanimation néonatale.

Annexe 1 LOGIGRAMME PROCÉDURE TMF ou conseil CoPéGE

XI – LOGIGRAMME PROCÉDURE « Transfert materno-fœtal ou conseil »

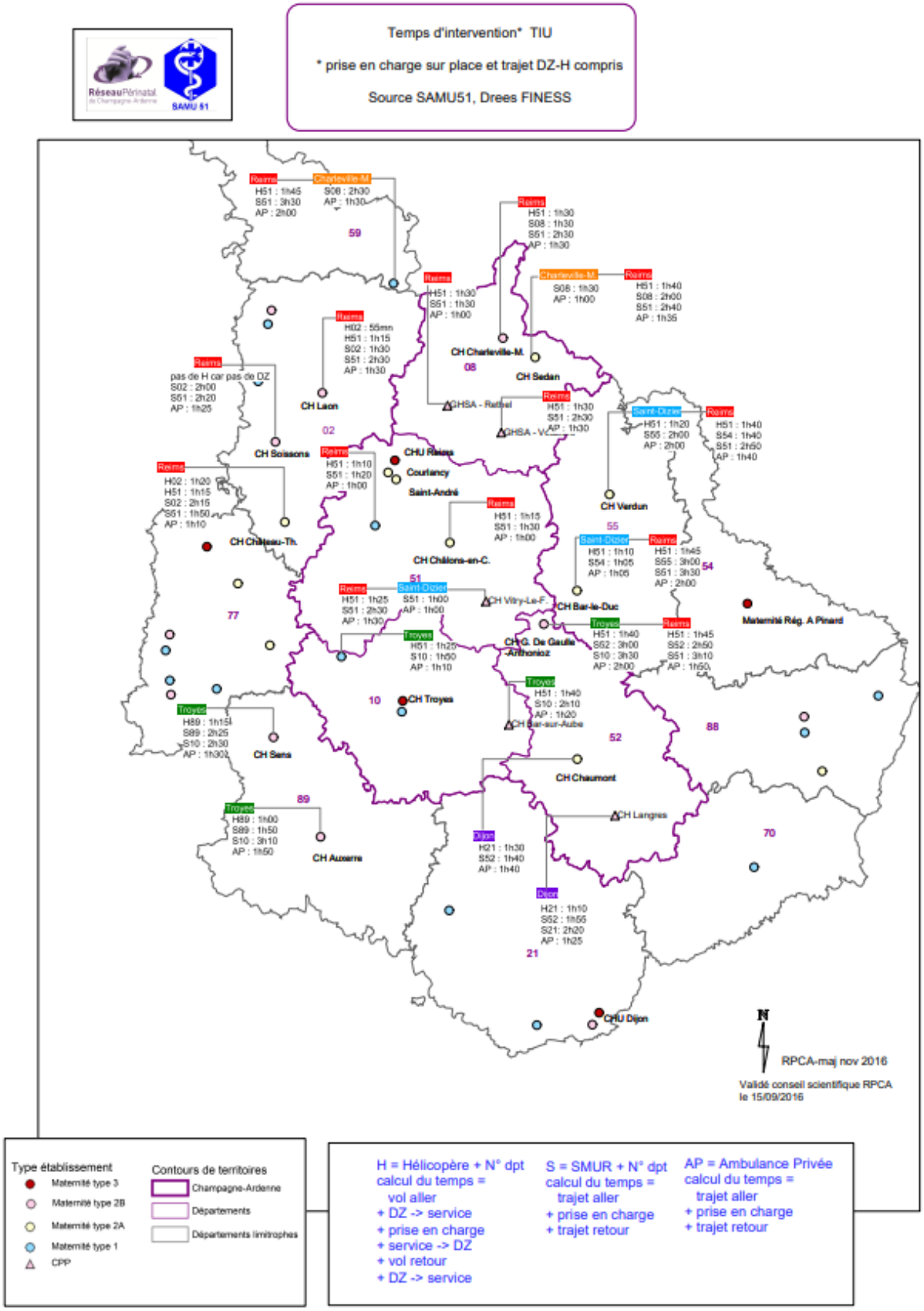


2018-02-RECO_RPCA-RPL_transfertsMF.docx Page 8/21



2018-02-RECO_RPCA-RPL_transfertsMF.docx Page 9/21

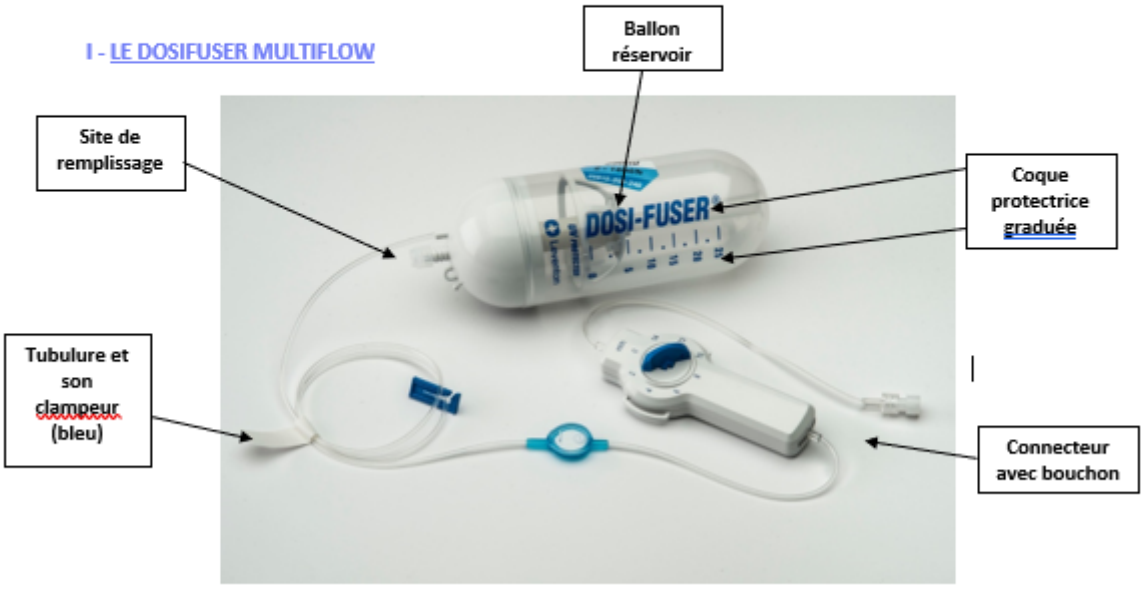
Annexe 2 CARTOGRAPHIE TEMPS D'INTERVENTION TIU RPCA nov 2016



Annexe 6

PROTOCOLE DOSIFUSER MULTIFLOW

I - LE DOSIFUSER MULTIFLOW



Ce dispositif permet de ne plus utiliser de seringue électrique lors des transferts intra-utérins entre les maternités dans des contextes de MAP.
Il permet une efficacité de perfusion **pendant les 24 premières heures du traitement** tocolytique par Atosiban sans changer de dispositif.

ATTENTION : au vu de sa longue durée d'utilisation, nous rappelons qu'il est primordial que le préparateur respecte les règles d'hygiènes afin de garantir la stérilité de la préparation

II - LA TOCOLYSE PAR ATOSIBAN (TRACTOCILE®) avec le Dosifuser Multiflow

Dose de charge :
Bolus initial : prélever 0,9 mL dans un flacon de Tractocile 6,75 mg/0,9 mL solution injectable et administrer lentement, en 1 minute, le bolus par voie intraveineuse sous surveillance médicale dans un service d'obstétrique.

Perfusion de charge : perfusion continue à dose forte avec le Dosifuser

Matériel :
- 1 dosifuser multiflow 100 mL (pouvant être gonflé jusqu'à 130 mL)
- 1 flacon de 100 mL de NaCl 0,9%
- Seringue de 50 mL, et seringue de 10 ou 5 mL
- 5 flacons d'Atosiban 37,5 mg/5 mL

RECO_RPL_MAP_MAJ_23072021 Page 14/15

Préparation de la solution à injecter :

A. Vérifier l'intégrité du produit : clampeur fonctionnel, système de purge, connecteur de la tubulure et clé bleue sur le modulateur de débit.

B. Préparation de la solution à injecter et purge de la ligne :
   1. Clamper la tubulure avec le clampeur ;
   2. Retirer le bouchon du site de remplissage ;
   3. Insérer une seringue de **50 mL de NaCl 0,9%** dans le ballonnet par le site de remplissage. Lors du remplissage, le ballonnet va se gonfler, vérifier que le gonflement est symétrique ;
   4. Déclamper la tubulure (la purge de l'air démarrera partiellement en temps masqué) ;
   5. Prélever **25 mL de Tractocile 37,5 mg/5 mL (soit 5 flacons)** et les insérer dans le ballonnet par le site de remplissage ;
   6. Prélever **50 mL de NaCl 0,9% et insérez les** dans le ballonnet par le site de remplissage pour atteindre un **volume total de solution de 125 mL** ;
   7. Refermer le site de remplissage avec le bouchon ;
   8. Retirer le bouchon du connecteur et une fois qu'une goutte de solution apparait (purge de l'air complète en 30-45sec) remettre le bouchon du connecteur.
   9. Tourner la clé bleue de sécurité sur **le « 12 » (= 18 mg d'atosiban/heure).**
   10. Retirer la clé bleue de sécurité et accrochez-la sur la tubulure ou gardez-la avec vous.

C. Brancher le Dosifuser Multiflow à l'aide du connecteur sur la perfusion de la patiente.

Perfusion d'entretien : après 3 heures de perfusion de charge avec le Dosifuser Multiflow :
   1. Mettre la clé bleue de sécurité dans le modulateur de débit ;
   2. Tourner la clé jusqu'à régler le débit **sur le « 4 » (= 6 mg d'atosiban/heure)** ;
   3. Retirer la clé et accrochez-la sur la tubulure ou gardez-la en salle de soins.

Astuces / conseils :
Pour suivre l'évolution de la perfusion vous pouvez vous référer aux graduations se situant sur la coque et au curseur au bout du ballonnet gonflé (le haut du ballonnet atteint la mesure correspondant au volume restant de solution).

Le filtre à particules et à air, sur la tubulure, éliminera tout air qui aurait été introduit accidentellement dans le réservoir lors du remplissage.

Nous vous conseillons de bien noter sur le dispositif l'heure de début de perfusion grâce à l'étiquette adhésive du kit, à apposer sur la coque.
Porter le diffuseur si possible dans sa sacoche à température ambiante.
Clamper la tubulure avant déconnexion, en fin de perfusion.

RECO_RPL_MAP_MAJ_23072021 Page 15/15