Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des solidarités

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous direction de l'organisation et
du système de soins

Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins
Bureau O1
Dossier suivi par :
Perrine Ramé-Mathieu
tel : 01.40.56 62.84
jean-claude.chastanet@sante.gouv.fr

Le Ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères.

Date d'application : immédiate
NOR : SANH0630302C (texte non paru au journal officiel)
Classement thématique : protection sanitaire

Résumé : La présente circulaire a pour objet de présenter des recommandations spécifiques pour faciliter et optimiser l'organisation des transports périnatals des femmes enceintes (transferts in utero) et en post partum immédiat.
Cette circulaire est complémentaire de la circulaire N°DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005, relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants.

Mots-clés :

Textes de référence :

- Code de la santé publique
- Décret n°2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Circulaire DHOS/SDO/ 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences
- Circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005, relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

- Annexe 1: définition réglementaire des transports sanitaires
- Annexe 2 : Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport ambulancier sans accompagnement para médical ou médical
- Annexe 3 : liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport infirmier inter hospitalier
- Annexe 4 : Liste indicative de cas relevant plus particulièrement d'un transport médicalisé
- Annexe 5 : Liste indicative des contre indications au transport maternel
- Annexe 6 : modalités indicatives d'évaluation des schémas d'organisation des transports

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la pol itique de santé publique fixe pour objectif de réduire, d'ici 2008, la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.
Afin de contribuer à la réalisation de cet objectif, le plan périnatalité 2005-2007 prévoit que soient établies des recommandations spécifiques pour une meilleure organisation des transports sanitaires des femmes présentant un évènement pathologique dans le déroulement de la grossesse (transferts in utero) ou juste après l'accouchement, dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant à naître.

En effet, les restructurations engagées en périnatalité, le développement des réseaux de santé en périnatalité et l'organisation des établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique en trois niveaux **impliquent l'orientation des mères et des nouveau-nés** vers la structure la plus adaptée à leur niveau de risque et/ou leur pathologie.

Le développement potentiel du nombre de transports doit être encadré et organisé dans les meilleures conditions. Les enjeux sont multiples :
- veiller à ce que les naissances aient lieu dans la maternité adaptée au risque ou à la gravité de la pathologie. Les transports sont effectués dans un souci de qualité et de sécurité de prise en charge de la patiente et du nouveau-né le cas échéant, en respectant dans la mesure du possible les attentes exprimées en termes de proximité et d'information.
- s'assurer que les transferts et les re-transferts sont organisés vers l'ensemble des maternités, y compris de type 2A et 2B, afin d'orienter les patients vers l'établissement le plus adapté et de ne pas engorger les maternités de type 3.
- éviter que l'organisation des transports et la recherche de lits ne rejaillissent sur le temps médical et la bonne prise en charge des patients.

Aussi, l'organisation des transports doit être optimisée. Afin d'élaborer des recommandations, un groupe de travail a été constitué au début de l'année 2005, associant des représentants des professionnels de la périnatalité, des représentants du SAMU et des fédérations des établissements de santé.

L'objet de la présente circulaire est de fixer **les grands principes** qui doivent régir l'organisation des **transports périnatals des mères**, en complément de la circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005, relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants.

Il convient de préciser que :

- la présente circulaire ne traite que **des transports inter établissements.**

- **les transports urgents**, à partir du domicile ou du cabinet d'un professionnel, relèvent de la responsabilité et de la régulation du SAMU. **Le numéro 15 est le seul numéro d'appel à composer**. Cette conduite à tenir fait l'objet d'une large information de la population et des professionnels concernés (femmes enceintes, cabinets médicaux, SDIS……..). Néanmoins, le médecin régulateur doit être à même de solliciter l'organisation mise en place pour les transferts inter établissements telle que prévue ci-dessous si nécessaire.

Les principes fixés par la présente circulaire seront déclinés **en modalités pratiques de mise en œuvre**, au niveau régional, voire interrégional. Ces modalités doivent être définies de façon consensuelle et partagée par les professionnels intervenant dans la décision et dans l'organisation du transport, en lien avec les réseaux de santé en périnatalité.

Le schéma organisationnel ainsi établi doit être formellement décrit. Il doit s'appliquer sur une zone définie. Il est important que cette zone soit cohérente:

- d'un point de vue sanitaire
- sur le plan de la géographie, compte tenu du nombre, du type et de la localisation des maternités
- avec les périmètres couverts par les réseaux de santé en périnatalité.

Le territoire considéré doit avoir une taille critique suffisante en termes de nombre de naissances et inciter à la mutualisation des moyens de gestion des appels.
Le schéma organisationnel doit couvrir tous les réseaux de la zone définie pour faciliter notamment les transferts inter réseaux souvent plus compliqués à organiser.

Ce travail sera impulsé et coordonné par chaque Agence Régionale de l'Hospitalisation, en lien avec la Commission Régionale de la Naissance et les structures de coordination des réseaux. Les DDASS pour la partie "transports sanitaires" et les Comités Départementaux d'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS), seront informés du schéma mis en place.

Le schéma organisationnel retenu fera l'objet d'une **inscription dans le SROS.** Il pourra également faire l'objet d'une inscription dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, ou dans la convention constitutive du réseau.

I. DEMANDE DE TRANSFERT ET ORIENTATION :

La demande de transfert, **l'orientation** et la préparation du transport des femmes enceintes entre établissements doivent être prévus et décrits par des protocoles établis par les professionnels concernés.
L'organisation mise en œuvre doit fonctionner de manière **permanente.** Le territoire couvert est donc suffisamment grand afin de permettre la permanence de la réponse.

1 Un numéro d'appel unique spécifique et permanent 24/24h et 365 jours par an doit être mis en place et connu des professionnels amenés à demander et/ou recevoir un transfert afin d'en centraliser l'organisation.

2 L'interlocuteur contacté a pour mission de:

- proposer une orientation pour chaque demande de transfert périnatal des femmes enceintes, entre établissements, en tenant compte des besoins de la femme et du nouveau-né.
  A terme, si ce n'est pas déjà le cas, et à la fin de l'année 2008 au plus tard, l'orientation des transferts de femmes et de nouveau-nés devra être traitée de manière centralisée.
- disposer des moyens nécessaires pour mettre en relation, dans le respect du secret médical, le professionnel demandeur du transport avec le professionnel recevant la patiente et organiser une conférence téléphonique favorisant la concertation de tous les acteurs à chaque fois que cela est nécessaire. L'avis d'un praticien "expert" pourra également être sollicité.
- connaître en permanence (par une consultation chaque jour, voire plusieurs fois par jour), le nombre et la localisation de lits obstétrico-pédiatriques disponibles ou susceptibles de le devenir sur le territoire de santé prédéfini.

Le type de données discutées et échangées entre le demandeur, le receveur et le transporteur sont précisées dans un protocole établi et validé par les professionnels dans le cadre du réseau périnatal.

Il est nécessaire que les circuits soient décrits, précisant la marche à suivre (« qui appelle qui, quand et comment ») ainsi que les modalités pratiques – check-list, numéros de téléphone des correspondants etc…

3 L'interlocuteur unique appartient à une structure qui peut revêtir plusieurs formes selon la configuration locale:

- une structure « ad hoc » permanente, composée de professionnels formés, de type "cellule" ou "centre" régional(e) d'orientation périnatale.
- une équipe renforcée et/ou organisée de manière à pouvoir répondre aux demandes de transferts soit au sein d'une maternité de type 3, par exemple ayant vocation à recevoir la plupart des transferts, ou une maternité localisée au centre de la zone considérée ;
- toute autre organisation qui sera estimée efficace et adaptée.

Il n'est pas proposé de modèle unique d'organisation qui ne répondrait pas aux spécificités locales (nombre de

naissances sur un territoire donné, nombre de maternités, organisation des réseaux de périnatalité, particularités géographiques etc…). Il appartient aux professionnels de définir eux-mêmes les modalités pratiques de mise en œuvre les plus adaptées.

4 Tous les moyens matériels adaptés et facilitant le fonctionnement de cette organisation doivent être prévus en fonction des besoins estimés et des ressources disponibles: locaux, moyens informatiques, conférence téléphonique, autocommutateur, moyens informatiques et téléphoniques, télémédecine… La sécurisation des lignes téléphoniques et l'enregistrement des communications téléphoniques sont nécessaires.
Une partie des crédits du plan périnatalité consacrés à l'amélioration des transports (27 millions d'euros au total) pourront être consacrés à la mise en place des moyens nécessaires.

5 Dans tous les cas, cette organisation s'appuie sur des professionnels de la périnatalité (médecins et/ou sages-femmes) ou à défaut, de professionnels de santé justifiant, par leur expérience professionnelle ou leur formation, du niveau de connaissance suffisant en périnatalité. Celui-ci est apprécié par le responsable médical de la structure quand elle existe ou de la structure à laquelle cette organisation est rattachée, dans le respect des compétences professionnelles telles qu'elles sont définies par la réglementation. Les personnels sont formés aux pratiques de l'orientation, sous la responsabilité du responsable de la structure et en lien avec le SAMU.

6 Les modes de relation avec le SAMU centre 15 seront également spécifiés. La proximité entre la structure mise en place et le SAMU doit être recherchée, soit géographiquement soit à l'aide de moyens de communication adaptés.

7 Evaluation:
Le **fonctionnement de la structure** ou des équipes mises en place doit être clairement défini et régulièrement évalué afin d'en rechercher constamment les améliorations possibles. Un rapport d'activité est établi annuellement.

L'activité doit également être évaluée. Pour ce faire, chaque appel pour demande de transfert doit faire l'objet d'un enregistrement. La structure, en lien éventuellement avec le réseau de santé en périnatalité, doit être en mesure de fournir, pour sa zone d'intervention, les informations concourrant à une évaluation des transports périnatals. Une liste indicative des critères pouvant faire l'objet d'une évaluation est fournie en annexe 6.

II. TRANSPORT :

En fonction des indications, trois types de transports peuvent être utilisés :

- le transport médicalisé inter hospitalier, réalisé par un SMUR
- le transport infirmier inter hospitalier accompagné par du personnel infirmier (TIIH)
- le transport ambulancier.

Le choix du vecteur est décidé collégialement, au cours de la phase de demande de transfert et d'orientation décrite ci dessus.

Des protocoles précis doivent être établis par les professionnels afin de préciser les modalités de recours à tel ou tel type de transport, les indications et les contre-indications. Un exemple vous est fourni en annexe, **à titre indicatif.**

Dans l'éventualité d'une médicalisation du transport, le médecin régulateur du SAMU est toujours associé soit lors d'une pré-alerte, soit au cours de la conférence téléphonique. En effet, conformément au code de la santé publique, il appartient au médecin régulateur du SAMU de déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels et en fonction des critères médicaux de l'aide médicale urgente.

Une attention particulière doit être portée au traitement de **l'hémorragie du post partum**, pour lequel un protocole est obligatoirement établi dans chaque région, conformément aux "Recommandations pour la Pratique Clinique relatives aux hémorragies du post-partum immédiat", publiées par la Haute Autorité en santé en Novembre 2004.
Néanmoins, la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, rappelle que la sécurité de la mère et de l'enfant doit être assurée 24 heures sur 24 "par des équipes compétentes, disponibles en permanence et réactives à l'urgence dans les disciplines de gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation,

pédiatrie et chirurgie". La circulaire s'appuie sur la synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques (DHOS, Mars 2003) qui précise que "l'équipe de gynécologie obstétrique doit posséder une double compétence médicale et chirurgicale 24h/24. Lorsque cette double compétence n'est pas assurée, la maternité doit soit être située dans un établissement disposant d'un service de chirurgie viscérale ou gynécologique et fonctionnant 24h/24, soit bénéficier de l'intervention d'une équipe chirurgicale, dans le cadre d'une coopération inter établissements, prête à intervenir en cas d'urgence dans l'établissement".

Par conséquent, chaque maternité, quelque soit son niveau, doit être en mesure d'assurer le traitement des hémorragies de la délivrance. Le transfert inter établissement doit être, compte tenu de sa dangerosité, réservé à des cas exceptionnels, précis et limités.

De manière générale, il convient toujours d'optimiser l'évaluation et l'organisation du transfert afin d'éviter l'accouchement ou la dégradation de l'état maternel au cours du transport.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la plus large diffusion possible de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé.
Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans l'application de ces recommandations, en prenant contact avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, bureau O1 (01 40 56 62 84).

Une évaluation des dispositifs mis en place devra être fournie, à l'échéance du SROS III.

Nos services sont, en outre, à votre disposition pour toute information et concours qui pourraient vous être utiles.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de l'Hospitalisation et de l'organisation des Soins

Jean CASTEX