

# Régulation des transferts : à chacun son organisation

**D'après la dernière enquête périnatale de 2010, en France métropolitaine, 1,6 % des grossesses donnent lieu à un transfert *in utero* puis à un accouchement ailleurs que dans la maternité prévue initialement. Un taux qui a peu changé depuis 2003. Durant cette même période, plusieurs cellules de régulation et d'orientation des transferts se sont mises en place. En pratique, comment y travaillent les sages-femmes ?**



© Tyler Olson - Fotolia.com

**Les cellules d'organisation des transferts *in utero* doivent être disponibles 24h/24 toute l'année.**

Un transfert *in utero* est indiqué lorsqu'il y a inadéquation entre la structure hospitalière où une femme enceinte est prise en charge et la pathologie qu'elle ou son enfant présente. En 2006, une circulaire ministérielle en a ainsi fixé les grands principes. Elle précisait notamment que les transferts doivent être prévus et décrits dans des protocoles, et que d'ici 2008, leur régulation devrait être gérée

de manière centralisée dans chaque région et/ou réseau périnatal, avec un numéro d'appel unique disponible 24 heures/24 et 365 jours par an. Mais elle se gardait bien de proposer un modèle unique d'organisation.

Sept ans après, où en est-on ? D'abord, toutes les régions ne disposent pas d'une cellule de gestion centralisée des transferts. Certaines s'en sortent même très bien sans (voir encadrés) ! Quelques grosses régions disposent d'un véritable service avec du personnel dédié. Entre les deux, chaque région, chaque réseau, s'est organisée à sa façon...

## MISSION : TROUVER DES PLACES

La cellule de transfert d'Ile-de-France est la plus ancienne. Elle est hébergée par l'hôpital Antoine-Béclère (Hauts-de-Seine) depuis 1998. « Au départ, elle fonctionnait avec des sages-femmes volontaires, détachées de leur établissement. En 2002, un premier poste de titulaire à temps plein a été créé. Aujourd'hui, nous sommes six sages-femmes à temps plein, finan-

cées par l'ARS, à tourner sur ce poste, raconte Isabelle Leguillette. La cellule est ouverte 24 heures/24 et 7 jours/7 et dispose d'un numéro d'appel unique. Nous gérons environ 1800 appels par an, uniquement pour des transferts *in utero* sur la région Ile-de-France élargie, soit une centaine de maternités. » Les maternités se réfèrent aux recommandations de la Haute Autorité de santé de novembre 2012 pour décider si un transfert est nécessaire ou pas, puis elles appellent la cellule. Celle-ci remplit un dossier informatisé, différent selon chaque raison d'appel. « En fonction des données cliniques fournies et du réseau périnatal auquel appartient la maternité demandeuse, on contacte les établissements susceptibles de recevoir la patiente. Pour trouver une place, cela peut prendre un quart d'heure à plusieurs heures en cas de fermetures de lits pendant les congés par exemple. Dès que la demande est acceptée, la maternité demandeuse est prévenue, elle se charge elle-même de contacter la maternité receveuse et d'organiser le transport. »

## CONSEILLER, ORIENTER, ORGANISER

En Rhône-Alpes, le rôle de la cellule est un peu plus développé. Créée en 2002, elle fonctionne aussi en permanence, avec un numéro d'appel unique. Elle gère les transferts *in utero* et postnatals, en accompagnant les établissements dans la prise de décision et l'organisation du transport. « Nous sommes 6,25 équivalents temps plein financés par l'ARS, plus une secrétaire. La plateforme téléphonique est hébergée par le Samu 69, à l'hôpital Edouard-Herriot (Lyon), ce qui permet d'enregistrer les

conversations téléphoniques. Nous couvrons environ 60 maternités, dont 5 de type III réparties dans les 4 réseaux périnataux de la région. Cela représente environ 3400 appels pour transferts par an », précise Myriam Chopin. Chaque matin, nous appelons toutes les maternités de type II et III pour faire un état des lieux des places disponibles. Lorsqu'une maternité nous appelle pour demander un transfert, toutes les informations sont notées dans un dossier-patient informatisé. La maternité demandeuse remplit le même dossier, en version papier, qui voyagera avec la patiente. Ensuite, lorsqu'on a trouvé une place, une conférence téléphonique à trois est organisée entre les deux maternités et le Samu qui va gérer le transfert. Nous restons à l'écoute de cet échange, pour donner des conseils si besoin. Notre région est très vaste, avec des temps de transports qui peuvent être très longs. Nous sommes donc très vigilants. Dès qu'il y a un doute sur la faisabilité d'un transfert *in utero*, on préfère envoyer le Smur pédiatrique pour gérer une naissance sur place. Quand le dossier est vraiment complexe, notre référent pédiatrique et/ou obstétrique discute avec les deux maternités et une décision est prise de façon collégiale. » Autre petit plus pour cette grosse cellule : en concertation avec les réseaux, elle a rédigé des protocoles simplifiés d'indications et de contre-indications des transferts, suivant les recommandations officielles, qui ont été diffusés à toutes les maternités « Nous avons aussi un arbre de décision quant au mode de transport. Si c'est en ambulance, c'est la maternité receveuse qui l'organise, si c'est le Samu, c'est nous qui gérons. »

## MUTUALISATION DE POSTES

En Pays de Loire, deux cellules se partagent le travail : Nantes et Angers. « Celle d'Angers a été créée en 2009. Elle couvre 4 maternités de type I, cinq de type II et deux de type III. Elle fonctionne 7 jours/7 de 8 h à 20 h grâce à un poste mutualisé avec les urgences de la mater-

## En Alsace, des conventions inter-établissements

*Geneviève Creutzmeyer, coordinatrice sage-femme du réseau de périnatalité « Naître en Alsace »*

« L'Alsace n'a pas de cellule de transfert. C'est un petit territoire en superficie avec une répartition harmonieuse des établissements entre les deux départements : 15 maternités, dont 6 de type II et 2 de type III, l'une à Strasbourg (Bas-Rhin) et l'autre à Mulhouse (Haut-Rhin). Tout le monde se connaît, les transferts sont gérés directement grâce à des conventions inter-établissements. Pour les transferts *in utero*, le Samu intervient uniquement pour le choix du mode de transport et son organisation si besoin. Pour les transferts néonataux, là aussi ce sont les praticiens qui s'organisent entre eux avec l'aide du Samu pédiatrique de Strasbourg. Il y a aussi une organisation des transferts descendants, le retour des mères dans leur maternité de départ après la phase aigüe, pour éviter l'engorgement des maternités de niveau supérieur. En 2015, le réseau périnatal a rédigé des protocoles qui définissent les indications et les modalités de chaque transfert. Un dossier-patient type a été établi ; c'est un document papier à remplir pour faciliter la transmission des informations entre établissements. Il est peu utilisé par les maternités, qui ont en général un fichier informatisé qu'elles préfèrent imprimer. Du coup, nous ne disposons pas d'informations qualitatives sur l'ensemble des transferts. C'est un point que nous souhaitons améliorer : pour l'instant, nous organisons une fois par an une revue de mortalité et morbidité (RMM) où l'on revoit tous les cas qui ont posé problème, en présence des professionnels de santé de chaque établissement et des Samu des deux départements. »

nité. Toutes les sages-femmes du CHU (environ 70 personnes, ndlr) tournent sur ce poste », explique Caroline Quelen. La cellule a mis en place un dossier informatisé (doublé d'une version papier remplie par la maternité demandeuse), une charte de fonctionnement et un protocole « transfert maternel urgent » qui ont été mis à jour en 2016. « Chaque matin vers 8 h, nous appelons tous les types II et III pour faire une liste des places disponibles. Et vers 11 h, nous joignons la cellule de Nantes pour faire un point, éventuellement réorienter des patientes lorsque c'est géographiquement justifié. Notre mission est de trouver la bonne place en fonction des critères médicaux et de l'origine géographique de la mère, mais nous n'organisons pas les transports. » Un fonctionnement similaire en Languedoc-Roussillon, à la cellule de régulation et d'orientation périnatale (Crop) créée en 2006 : « Cela représente 5 équivalents temps plein qui tournent en 24 heures/24 sur un poste commun entre la cellule et les urgences de la maternité du CHU de Montpellier, décrit Hélène Blineau. Toutes les sages-femmes tournent sur ce poste, selon leur affinité. » Ici en revanche, pas d'état des lieux quotidien des lits disponibles dans les différentes maternités : « Nous n'avons pas le temps de le faire, et de toute façon cela évolue tout au long de la journée ». Pour l'Angvine Caroline Quelen, « travailler sur ces deux

postes, urgences et cellule de transfert, est très intéressant, car cela demande des qualités assez semblables : savoir gérer l'urgence, collecter efficacement des informations et les transmettre, prendre des décisions... » Dans ces deux cas, les postes sont financés sur l'enveloppe de l'hôpital et non par l'ARS.

## DEMANDES INJUSTIFIÉES

Toutes les sages-femmes interviewées déclarent que les cellules fonctionnent plutôt bien, et rares sont les transferts qui ont lieu « sans elles ». « Lorsque ça survient, c'est en général entre deux maternités très proches qui ont l'habitude de travailler ensemble », analyse la Rhônalpine Myriam Chopin. « Bien sûr on sait que cela existe, ajoute Caroline Quelen en Pays de Loire. On demande juste aux maternités de nous remonter les infos, pour que ces transferts-là fassent aussi partie de nos stats annuelles et retours d'expérience. »

Parmi les problèmes rencontrés, les demandes abusives de transferts : « Certaines maternités de type I ont des demandes infondées, on nous appelle par exemple pour une infection urinaire à 26 SA ! C'est probablement par peur de retombées médico-légales s'il devait advenir quelque chose à leur patiente. On constate encore pas mal de transferts descendants *in utero* (des femmes qui reviennent à leur maternité initiale, avant accouchement, ndlr), ce

qui montre bien que tous les transferts ne sont pas nécessaires », analyse Isabelle Leguillette en Ile-de-France. Autre constat de la part de Caroline Quelen à Angers : « On récuse certains transferts, car il y a des contre-indications, comme des anomalies du rythme cardiaque fœtal, mais il arrive exceptionnellement que les patientes soient adressées malgré tout au CHU par leur propre moyen de transport ! » Ainsi, la plupart des sages-femmes estiment qu'une part importante de leur travail dans les cellules de transferts consiste à rassurer et à conseiller les maternités de type I et II. Et le turn-over important du personnel dans certains établissements oblige à entretenir sans cesse les liens et la bonne maîtrise de tous les protocoles lorsqu'ils existent.

### RETOUR D'EXPÉRIENCES

La circulaire ministérielle de 2006 précise que les différentes structures de régulation devront être régulièrement évaluées. Mais toutes ne le font pas de la même façon. La cellule d'Ile-de-France réalise un bilan annuel de son activité et l'adresse à tous ses partenaires. Des réunions de retours d'expérience ont lieu entre les sages-femmes et les coordinateurs de la

cellule, pour discuter des cas qui ont pu poser problème (lorsque par exemple des maternités demandeuses ont « minimisé » une situation clinique au moment de demander un transfert qui, après coup, a été jugé dangereux), mais là, les réseaux périnataux ne sont pas conviés. Même cas de figure à la cellule rhônalpine, sauf qu'un des coordinateurs réalise aussi chaque année une étude statistique assez poussée des transferts réalisés, grâce aux dossiers informatisés, qui est ensuite diffusée aux réseaux périnataux de la région. « Ils sont très demandeurs de ce type d'informations », précise Myriam Chopin.

En Pays de Loire, la cellule d'Angers collecte aussi pas mal d'informations, grâce au dossier informatisé et « au retour que nous font les maternités receveuses quant aux patientes qui leur ont été adressées, raconte Caroline Quelen. De plus, toutes les maternités peuvent remplir un dossier spécial pour déclarer un transfert non optimal. » Le plus souvent, cette déclaration est motivée par des problèmes de transmission d'informations entre maternités ou des désaccords sur le choix du mode de transport. Des réunions sont régulièrement organisées par les coordinateurs de la cellule avec des

représentants des maternités et le Samu, pour un retour d'expérience sur les cas problématiques et pour discuter des pistes d'amélioration. Quant au Crop à Montpellier, « on discute des cas qui ont posé problème lors de la réunion quotidienne du staff, c'est utile puisque toutes les sages-femmes sont amenées à travailler à la cellule à un moment donné ! », explique Hélène Blineau. Et nous organisons aussi régulièrement des réunions avec les autres établissements. »

### CHANGEMENT D'ÉCHELLE

Comme dans d'autres domaines de la périnatalité, la transmission des informations reste le point noir des transferts. Même lorsqu'un dossier informatisé a été mis en place par un réseau périnatal, une cellule de transfert, voire l'ARS, il n'est jamais utilisé par tous les établissements. Souvent, ce sont les maternités privées et/ou de type I qui sont à la traîne, car leur système informatique n'est pas compatible. Et dans le cas où existe un dossier papier commun à tous, encore faut-il par la suite entrer toutes les informations dans un ordinateur pour avoir une vision globale de l'activité... Si tout cela ne semble pas poser de gros problème dans la gestion quotidienne des transferts, cela freine, voire empêche des études épidémiologiques rétrospectives exhaustives et donc une véritable optimisation. L'avenir ? La réorganisation territoriale, avec la création des grandes régions, et la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) vont certainement bousculer l'organisation de ces cellules. Celle de Rhône-Alpes va ainsi récupérer la gestion de l'ancienne région Auvergne : « On sait qu'ils fonctionnaient très différemment de nous, une fois les conventions signées cela va nous demander beaucoup de travail pour harmoniser tout cela ! », déclare Myriam Chopin.

■ Emilie Gillet

## En Poitou-Charentes, une conférence téléphonique tripartite

*Emilie Morin, sage-femme libérale et attachée de recherche clinique au réseau périnatal Poitou-Charentes*

« Notre région compte 5 maternités de type I, 7 de type II et une seule de type III, à Poitiers. Il n'existe pas de cellule de régulation des transferts. Le réseau périnatal Poitou-Charentes a choisi une organisation différente : un groupe de travail, composé de professionnels (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, médecins des Samu départementaux) a élaboré un schéma régional d'organisation des transferts, basé sur les recommandations de la HAS et annexé au SROS. Ce document détaille les indications et contre-indications en matière de transfert ante et postnatal, les procédures d'appel et d'organisation du transfert. Un des points importants est la mise en place d'une conférence téléphonique à trois entre le médecin du centre demandeur, le médecin régulateur du Samu et le médecin du centre receveur afin d'optimiser l'organisation du transfert et d'assurer une traçabilité des appels. Le groupe de travail a aussi mis au point une fiche de transfert : tripliquée et autocopiante, elle est un véritable outil de communication pour tous les acteurs intervenant dans le transfert, y compris l'équipe du Smur qui assure le transport. Cette fiche sert aussi à la transmission des données au réseau périnatal afin d'effectuer l'étude épidémiologique des transferts dans notre région. Enfin, le réseau périnatal organise chaque trimestre une commission des transferts, chargée d'examiner les dossiers qui n'ont pas respecté les procédures. Cette organisation a été mise en place entre 2013 et 2015 et nous nous efforçons de la généraliser et d'obtenir l'exhaustivité du retour des données au réseau périnatal. »

#### Pour en savoir plus :

- Circulaire DHOS/O1 n° 2006-273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transferts périnataux des mères : [social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-07/a0070027.htm](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-07/a0070027.htm)
- Recommandations de bonne pratique de la HAS « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé » (nov. 2012) : [www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201301/09r26\\_reco\\_transfert\\_en\\_urgence.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201301/09r26_reco_transfert_en_urgence.pdf)