

Organisation des transports périnataux

en Basse-Normandie

Compte rendu de la réunion du 7 septembre 2007 au CHR Clémenceau

Présents :

- Dr Bonnieux : SAMU 14
- Dr Despré : Cherbourg
- Pr Dreyfus : Caen
- Dr Henry : SAMU 61
- Dr Mayaud : Caen
- Dr Mercier : Avranches-Granville
- Dr Nelle : Honfleur
- Dr Piton : Alençon
- Dr Prioux : Bayeux
- Dr Roussel : SAMU 50
- Dr Sokoro : Saint-Lô
- Dr Zerger : Lisieux

Cette réunion est organisée afin d'analyser la circulaire n° DHOS/01/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnataux des mères .

Cette circulaire a pour objet de présenter des recommandations spécifiques pour faciliter et optimiser l'organisation des transports périnataux des femmes enceintes (transferts in utero) et en post-partum immédiat.

L'organisation des maternités en trois niveaux implique l'orientation des mères et des nouveau-nés vers la structure la plus adaptée à leur niveau de risque et/ou leur pathologie. L'objet de cette réunion est d'analyser le fonctionnement actuel des transports inter-établissements et d'établir les protocoles écrits tenant compte des spécificités de la Basse-Normandie

ETAT DES LIEUX

Les transferts sont actuellement réalisés soit en transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical soit en transport médicalisé. La circulaire prévoit un transport inter hospitalier avec la présence d'un infirmier dans l'ambulance. Ce type de transport n'est pas ou peu utilisé dans la région pour des raisons d'organisation propres aux SAMU départementaux et en raison des spécificités géographiques (distance moyenne inter-établissement faible).

Les résultats des trois départements sont présentés.

ORNE 2006 (Dr Henry)

Les données concernent les transports qui ont fait l'objet d'une régulation par le SAMU 61. Certains transferts ont été réalisés directement d'un établissement à l'autre en transport ambulancier sans une régulation par le Samu (convention entre établissement et transporteur local).

Nombre total de transferts régulés : 35 (7 vers le CH du Mans et 28 vers le CHU de Caen)

A destination de Caen :

1. 18 transferts médicalisés
2. 10 transferts ambulanciers

A destination du Mans :

1. 6 transferts médicalisés
2. 1 transfert ambulancier

MANCHE 2006 (Dr Roussel)

A destination d'Avranches : 3

A destination de Caen : 6

A destination de Cherbourg : 3

Il s'agit semble-t-il de transferts médicalisés. Il faudrait confronter ses chiffres avec le nombre total de transferts réalisés pour connaître le nombre de transferts ambulanciers.

CALVADOS 2006 (Dr Bonnieux)

13 transferts in utero ont été réalisés à destination de Caen (même remarque que pour la Manche)

2 transferts ont été réalisés pour hémorragie du post-partum

Il semble exister une discordance entre le nombre total de transferts in utero réalisés sur l'ensemble de la région bas-normande et le nombre de transferts régulés par les SAMU départementaux. Ces chiffres doivent être corrélés pour 2006 avec ceux du réseau périnatal. Un certain nombre de transferts ambulanciers semble être régulés directement entre le transférant et le receveur.

PROCEDURES DE TRANSFERTS IN UTERO

La demande de transfert in utero est sous la **responsabilité du médecin transférant**. La demande de transfert n'est pas du domaine de responsabilité de la sage-femme.

Le médecin transférant contacte le médecin receveur **personnellement** afin de formaliser le transfert (possibilité d'accueil pour la mère à la maternité et disponibilité d'un lit en néonatalogie).

Le médecin transférant contacte le **médecin régulateur du SAMU** départemental. Cet entretien permet de définir les conditions du transfert en fonction de son indication. Les conversations sont **enregistrées** ce qui permet d'assurer une **traçabilité**. Les lignes SAMU sont sécurisées.

Il peut s'écouler un temps non négligeable entre le déclenchement de la procédure de transfert et l'arrivée de l'équipe qui va assurer le transport. La situation clinique doit être **réévaluée** avant le conditionnement de la patiente.

Tous les transferts doivent être **enregistrés sur une base de données** afin de déterminer précisément leur nombre et la modalité de la prise en charge (transport ambulancier ou médicalisé). Ceci pourrait être du ressort du Réseau Régional.

Une première analyse des modalités de transfert au sein de la région Bas-Normande fait apparaître un nombre relativement important de transferts médicalisés. Il paraît indispensable de définir plus précisément les indications des modes de transports afin d'harmoniser les pratiques. **Les annexes jointes (1 à 3) définissent les indications et les contre-indications des transferts, médicalisés ou non.** Ces propositions reposent sur les recommandations nationales publiées dans la circulaire de 2006. Elles ont toutefois été réactualisées par les acteurs du réseau de périnatalité bas normand (Obstétriciens, anesthésistes, transporteurs).

Rq : Le Dr Henry précise les conditions de sécurisation des transports ambulanciers. Le SAMU 61 demande un bilan toutes les 15 minutes lors d'un transfert. La couverture de la région bas-normande par les antennes du SMUR permet si nécessaire, une jonction avec une équipe médicale. Il est indispensable de préciser que seules les situations obstétricales stabilisées peuvent faire l'objet d'un transfert.

TRANSFERTS POUR EMBOLISATION (hémorragies du post-partum)

Rappelons que seules les patientes stables sur le plan hémodynamique peuvent bénéficier d'un transfert inter-établissement. Ces transferts seront toujours médicalisés.

Rq : Seul le SAMU 14 a régulé 2 hémorragies du post-partum en 2006. Cela correspond-il réellement au nombre d'embolisations demandées au CHU de Caen en 2006 ?

Les modalités de ce type de transferts ont fait l'objet d'un travail au sein du réseau qui a conduit à la réalisation d'un **protocole**, diffusé à l'ensemble des maternités. Le poster affiché dans toutes les salles de travail de la région comporte les **procédures d'appel** avec des numéros actualisés.

Ce protocole n'est toutefois pas toujours connu des médecins régulateurs des trois SAMU départementaux. Sa **diffusion** dans les **salles de régulation** (posters et format électronique) doit s'effectuer rapidement.

Lors d'une demande d'embolisation le rôle du médecin régulateur du SAMU 14 est de s'assurer que les **moyens de prise en charge** de la patiente sont **disponibles en aval** :

- Possibilité d'accueil au **bloc des urgences** : une réévaluation de la patiente est nécessaire dès son arrivée. L'embolisation ne sera pas réalisée si la situation est stabilisée avec le traitement médical ; à l'inverse, une procédure chirurgicale est parfois indispensable dès l'admission.
- **Lit d'accueil en post-embolisation**

Alençon le 27 octobre 2007

Dr Piton Serge

Annexe 1

Liste des situations relevant d'un transport ambulancier sans accompagnement paramédical ou médical

- ❑ Rupture prématurée des membranes isolée
- ❑ Placenta praevia sans métrorragies ou métrorragies n'ayant pas récidivé depuis plus de 12 heures
- ❑ Etat hypertensif et/ou retard de croissance intra-utérin avec rythme cardiaque fœtal normal
- ❑ Diabète maternel sans pousse-seringue d'insuline
- ❑ Cholestase gravidique
- ❑ Menace d'accouchement prématuré sans tocolyse IV, y compris les grossesses gémellaires
- ❑ Menace d'accouchement prématuré, grossesse unique avec tocolyse intraveineuse
- ❑ Prééclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels HTA \leq à 160/100 et protéinurie $>$ à 0,3 g/24h, **si transport nécessaire**.

Annexe 2

Liste des situations relevant d'un transport médicalisé

- Hémorragie de la délivrance : transport pour embolisation, après stabilisation de l'état hémodynamique. La décision et l'organisation du transport médicalisé sont consensuelles entre les différents praticiens (service demandeur, SAMU-SMUR, service d'accueil). Le choix de la structure d'accueil tient compte du plateau technique, des possibilités d'hospitalisation sur place et du facteur temps.

- Placenta praevia avec métrorragies datant de moins de 12 heures, sans saignement actif et durée de transport supérieure à 30 minutes.

- Prééclampsie
 - ↳ Avec traitement antihypertenseur IV et PA équilibrée
 - ↳ Avec pression artérielle systolique > à 160 et/ou diastolique > à 100 mmHg
 - ↳ Avec céphalées et/ou barre épigastrique et/ou acouphènes
 - ↳ HELLP syndrome : au cas par cas

Annexe 3

Liste des contre-indications au transport maternel

- ❑ Eclampsie
- ❑ Hématome rétroplacentaire
- ❑ Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours
- ❑ Anomalies graves du rythme cardiaque fœtal
- ❑ Risque d'accouchement imminent
- ❑ Risque d'accouchement pendant le transport
- ❑ Hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable. Un état hémodynamique instable contre-indique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sur place (recommandations du CNGOF et de l'ANAES du 01/12/2004).