

ORGANISATIONS DES TRANSPORTS PÉRINATALS 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-Lo
- ◉ Dr Zerger : Lisieux

CIRCULAIRE N° DHOS/01/2006/273 DU 21 JUIN 2006 RELATIVE À L'ORGANISATION DES TRANSPORTS PÉRINATALS DES MÈRES .

- ⊙ Cette circulaire a pour objet de présenter des **recommandations** spécifiques pour faciliter et optimiser l'organisation des **transports périnatals** des femmes enceintes (transferts in utéro) et en post-partum immédiat.
- ⊙ L'organisation des maternités en trois niveaux implique l'**orientation** des mères et des nouveaux nés vers la structure la plus adaptée à leur niveau de risque et/ou leur pathologie.
- ⊙ Objet de cette réunion : analyser le fonctionnement actuel des transports inter établissements et d'établir les **protocoles écrits** tenant compte des spécificités de la Basse-Normandie

DEMANDE 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 afin 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 demande de transfert et l'arrivée de l'équipe qui va assurer le transport.
- ◉ La situation clinique doit être de **nouveau évaluée** avant le conditionnement de la patiente.
- ◉ Tous les transferts doivent être **enregistré dans une base de données** afin de déterminer précisément leur nombre et la modalité de la prise en charge (transport ambulancier ou médicalisé).
- ◉ Une première analyse des modalités de transfert sur la région Basse-Normandie 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 définissent les indications et les contrindications des transferts.

LISTE INDICATIVE DE CAS RELEVANT PLUS PARTICULIÈREMENT D'UN TRANSPORT AMBULANCIER SANS ACCOMPAGNEMENT PARA MÉDICAL OU MÉDICAL

- ⊙ Rupture prématurée des membranes isolée.
- ⊙ Placenta praevia sans métrorragie ou métrorragie n'ayant pas récidivé depuis plus de 12 heures.
- ⊙ Etat hypertensif , retard de croissance intra utérin (RCIU) et rythme cardiaque fœtal (RCF) normal.
- ⊙ Diabète maternel sans pousse seringue d'insuline.
- ⊙ Cholestase.
- ⊙ Menace d'accouchement prématuré (MAP) , y compris les grossesses gémellaires sans tocolyse IV.
- ⊙ MAP, grossesse unique sous tocolyse IV .
- ⊙ Pré-éclampsie avec pression artérielle équilibrée sans signes fonctionnels : TA inférieure ou égale à 160/100 et protéinurie supérieure à 0.3 gr/24 heures , si transfert nécessaire.

LISTE INDICATIVE DE CAS RELEVANT PLUS PARTICULIÈREMENT 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 inférieures à 12 heures, sans saignement actif et durée de transport supérieure à 30 minutes.
- ◉ Pré éclampsie :
 - Avec traitement antihypertenseur IV et PA équilibrée
 - Avec PA systolique supérieure à 160 ou diastolique supérieure à 100
 - Avec céphalées ou barre épigastrique ou acouphènes
 - HELLP syndrome : à voir au cas par cas

LISTE INDICATIVE DES CONTRINDICATIONS AU TRANSPORT MATERNEL

- ◉ Eclampsie.
- ◉ Hématome rétro-placentaire.
- ◉ Placenta praevia avec métrorragies significatives en cours.
- ◉ Anomalie grave du rythme cardiaque fœtal (RCF).
- ◉ Risque d' accouchement imminent .
- ◉ Risque d'accouchement pendant le transport.
- ◉ Hémorragie de la délivrance avec état hémodynamique instable .
Un état hémodynamique instable contraindique le transport vers une autre structure et conduit à une chirurgie d'hémostase sue place (Recommandations du CNGOF et de l'ANAES du 01/12/2004) .

TRANFERTS POUR EMBOLISATION

- ⊙ 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** qui a été 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 3 SAMU départementaux et il faudrait envisager sa **diffusion** dans les **salles de régulation** (posters et format électronique).
- ◉ 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 urgences** : toute demande d'embolisation ne sera pas réalisée si la situation est stabilisée avec le traitement médical et parfois il faudra décider d'une procédure chirurgicale à l'admission.
- ◉ **Lit d'accueil en post-embolisation**