

ÉVOLUTION DES TRANSPORTS ANTÉNATLS ET POSTNATLS à partir d'une étude dans la Drôme

A. CITRO*, C. BUSSEUIL CAMBRILLAT*, C. DECHAUX BLANC*,
P. MAYRAND*, J.L. MOREAU*, L. GABRIELLE*

RÉSUMÉ

L'organisation en réseau des transports périnataux est un sujet d'actualité. Une étude réalisée dans la Drôme a permis d'évaluer l'état actuel de l'organisation des soins périnataux dans ce département.

Mots-clés : Périnatal - Réseau.

La prématurité et le très faible poids de naissance constituent les principaux facteurs de risque de mortalité et de morbidité en période néonatale. L'organisation actuelle en France de la prise en charge des grossesses à haut risque s'inspire d'un programme de régionalisation des soins périnataux mis en œuvre aux États-Unis (1) et dans de nombreux pays européens. Ce programme préconise le transfert systématique de toute femme susceptible d'accoucher avant 33 SA et/ou d'un enfant de poids < 1500 g vers une maternité associée à un service de réanimation néonatale.

La France privilégie depuis plus de 20 ans les transferts postnatals. Ce dispositif est remis en cause aujourd'hui. Les pays les plus performants en termes de mortalité et de morbidité ont une organisation des naissances dont les pivots principaux sont le dépistage du risque materno-foetal et le transfert maternel anténatal vers la structure la plus à même de prendre en charge le couple mère-enfant. Des recommandations dans ce sens ont été publiées (2, 4, 7, 12, 13, 15, 17). Une étude réalisée dans la Drôme, à travers l'activité du SAMU 26, montre l'organisation des soins périnataux dans ce département.

ORGANISATION DES TRANSFERTS IN UTERO ET POSTNATLS DANS LA DRÔME

La période d'étude (1995-1998) ne concerne que les transferts médicalisés des nouveau-nés de terme < 37 SA et des mères dont l'âge gestationnel est également inférieur à 37 SA, quelle que soit la pathologie motivant le transfert. Les données recueillies proviennent des fiches d'intervention des SMUR de Montélimar, Romans et Valence, ainsi que des fiches informatisées de la régulation du SAMU 26. Ces données ont été complétées au besoin à partir des dossiers médicaux des patients. Ont été inclus, sur cette période de quatre années, 265 transferts répartis en 132 transports de parturientes et 133 transports de nouveau-nés.

SAMU 26

Le SAMU 26 est basé au centre hospitalier de Valence, le SMUR de Valence assure une grande partie des transferts interhospitaliers (TIH) du département et intervient également pour certains TIH de l'Ardèche. Les transferts des parturientes sont en majorité effectués par les médecins urgentistes. Les nouveau-nés sont exclusivement pris en charge par les médecins anesthésistes réanimateurs (astreinte opérationnelle 24 h/24). En complément des moyens terrestres, le SAMU 26 dispose à l'année d'un hélicoptère basé au CH Valence,

* SAMU 26, Centre Hospitalier de Valence - F-26953 Valence cedex 9.

permettant des transferts lointains et rapides vers les structures spécialisées. En quatre ans, sur les 265 transferts, 109 (soit 41 %) ont été réalisés au moyen de l'hélicoptère.

Maternités et services pédiatriques desservis

Maternités des départements Drôme/Ardèche :

- 7 maternités de niveau 1 : hôpitaux de Dié, Privas, Tournon, Valréas, et 3 cliniques (Kennedy, Générale et Pasteur).
- 5 maternités de niveau 2 : hôpitaux de Romans, Montélimar, Valence, Annonay et Aubenas.
- Il n'y a donc aucune maternité de niveau 3 en Drôme/Ardèche.
- Les hôpitaux de Romans, Montélimar et Valence disposent d'un service de néonatalogie.
- Les maternités de type 3 avec service de réanimation néonatale les plus proches sont les CHU de Lyon, Grenoble, St-Étienne au Nord de la Drôme (100 km) et au Sud les CHU de Montpellier, Nîmes et Marseille (150 à 200 km).

Évolution des transferts dans le temps

Entre 1995 et 1998, 132 parturientes et 133 nouveau-nés prématurés (soit 265 transferts) ont été pris en charge par le SAMU 26. L'augmentation des transferts périnataux a été de 7,5 %, surtout au profit des transferts anténatals (+13 %), alors que les transports postnatals sont stables entre 1996 et 1998 (figure 1). Cette augmentation des transferts in utero peut s'expliquer par le nombre de grossesses tardives et de grossesses multiples par procréation médicalement assistée (2), et par l'application des recommandations sur les transports anténatals.

Causes des transferts

Pour les parturientes, la principale étiologie reste la menace d'accouchement prématuré (24 %) suivie de près par la rupture prématurée des membranes (23 %), les grossesses multiples (18 %) et la toxémie gravidique (18 %).

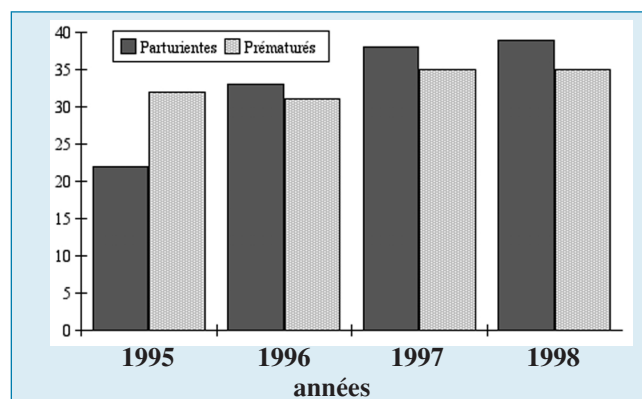


Fig 1 : Évolution des transports de 1995 à 1998.

ANNEXE I : Niveaux de soins et niveaux de risque obstétrical et pédiatrique (12, 15, 16, 18).

Maternités de niveau 1

Elles assurent la prise en charge des grossesses en cas d'absence *de risque* identifié (90% des parturientes), et des soins pédiatriques courants : surveillance des enfants eutrophiques, dépistages usuels, allaitement maternel.

En cas d'apparition d'une pathologie maternelle et/ou fœtale, la parturiente sera orientée vers une structure adaptée.

Elles doivent également pouvoir prendre en charge immédiatement une détresse néonatale, dans l'attente de son transfert.

Maternités de niveau 2

Elles concernent les grossesses à *haut risque fœtal* ; le service de néonatalogie doit prendre en charge les nouveau-nés dont le risque pédiatrique est défini comme suit :

- Nouveau-nés hypotrophes à terme de poids > 1500 g.
- Nouveau-nés de mère diabétique.
- Enfants présentant un syndrome de sevrage.
- Difficultés d'alimentation.
- Hypocalcémie
- Souffrance fœtale aiguë sans caractère de gravité.
- Prématurés > 32 SA sans pathologie respiratoire notable.
- Infection néonatale avec état hémodynamique conservé.
- Nécessité d'une surveillance en raison d'une pathologie ou d'un traitement maternel particulier.
- Nouveau-nés venant d'un service de réanimation néonatale.

Le service de néonatalogie doit pouvoir prendre en charge une ventilation assistée et débiter un traitement adapté en attendant le transfert.

Maternités de niveau 3

Leur mission est d'accueillir les grossesses pathologiques à *très haut risque materno-fœtal*.

Les unités de réanimation néonatale prendront en charge:

- Les prématurés < 32 SA et/ou de poids < 1500 g.
- Les syndromes apnéiques graves du prématuré.
- Les défaillances cardiovasculaires néonatales.
- Les iso-immunisations graves.
- Les détresses respiratoires néonatales.
- Les convulsions néonatales.
- Les syndromes hémorragiques.
- Les malformations graves.

ANNEXE II : Transferts in utero et postnatals.

Indications et contre-indications

Pour les transferts in utero l'indication principale est l'adaptation du niveau de risque materno-foetal au niveau de soins. Les principales contre-indications au transfert anténatal sont l'hématome rétro-placentaire et le placenta prævia hémorragique, l'éclampsie, la souffrance fœtale aiguë et l'imminence de l'accouchement.

Les transferts postnatals ne présentent pas de contre-indication. Les nouveau-nés, après stabilisation des constantes vitales, seront dirigés sur un centre adapté à la pathologie présentée (19).

La régulation médicale

Toute demande de transfert sanitaire secondaire médicalisé est soumise à l'acceptation de trois médecins : le médecin demandeur, le médecin régulateur et le médecin receveur.

On semble s'orienter actuellement vers une structure de régulation à l'échelon régional, dont le rôle serait la répartition des transferts en fonction de la pathologie présentée, des places disponibles dans les maternités de types 2 et 3 et dans les services de néonatalogie ou de réanimation néonatale (8).

Modalités de transports

L'utilisation de la voie terrestre ou aérienne est fonction de la nécessité de la rapidité d'acheminement et du confort de la patiente, des conditions météorologiques, de la prise en charge de complications durant le transfert (4).

ANNEXE III : Les réseaux.

Ils sont une forme d'organisation collective visant à formaliser des relations entre partenaires dont l'objectif commun est une meilleure prise en charge d'une population donnée, dans une aire géographique déterminée. Les réseaux en périnatalité doivent permettre de tisser un maillage entre la ville (médecins libéraux, PMI), les maternités, les services de néonatalogie et de réanimation néonatale, et l'objectif est d'obtenir un taux de transfert anténatal proche de 80 % pour les naissances à haut risque (10-18).

Pour les prématurés, les pathologies pulmonaires (maladie des membranes hyalines, inhalation, pneumothorax) représentent la principale cause des transferts (65 %). Les autres étiologies sont la grande prématurité non compliquée (13 %), les problèmes infectieux (10 %).

Délais d'accouchement après transfert

Trente deux pour cent des parturientes transférées ont accouché le jour même et 76 % durant la première semaine. Près d'un tiers de ces parturientes étaient déjà hospitalisées et le transfert n'est intervenu qu'au moment de l'échappement à la tocolyse. Le taux de retransfert vers la maternité d'origine est de 11 %.

Lieux de naissance des enfants de moins de 33 SA et de poids < 1500 g

Dix sept et demi pour cent de ces enfants sont nés dans une maternité de niveau 1 entre 1995 et 1998. Sur la même période les maternités de niveau 2 ont enregistré 39 % de ces naissances. Quarante trois et demi pour cent de ces enfants sont nés dans une maternité de niveau 3.

En France en 1991, 15,8 % des enfants de moins de 33 SA et de poids < 1500 g sont nés dans une maternité de niveau 1, 44,7 % dans une maternité de niveau 2 et 39,5 % dans une maternité de niveau 3 (9-11). Ces chiffres restent éloignés des scores réalisés

par les pays anglo-saxons où 80 % de ces naissances à haut risque ont lieu dans une maternité de type 3 (11) et des Côtes d'Armor où 90,6 % des prématurés de terme < à 33 SA sont nés dans une maternité de niveau 3 en 1996 (5)

CONCLUSION

L'organisation des soins périnataux est un problème d'actualité. Au travers des recommandations du SROS de deuxième génération (16) et de la mise en place des SATU, on peut envisager une amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge des grossesses pathologiques et des prématurés.

Dans le département de la Drôme, on observe une augmentation du nombre de transferts anténatals effectués par le SAMU 26. L'établissement de conventions entre les maternités de niveau 1, les hôpitaux disposant d'unité de néonatalogie et les centres ayant une maternité de niveau 3 devrait conforter cette évolution ; l'objectif étant d'obtenir un taux de transfert anténatal de 80 % pour les enfants d'âge gestationnel inférieur à 33 SA et de poids de naissance inférieur à 1500 gr.

L'élargissement de ce réseau de soins en amont pourrait, par le biais de la formation des médecins généralistes et des centres de PMI, assurer le dépistage des grossesses mal suivies ou à risque de prématurité.

SUMMARY

MATERNAL AND NEONATAL TRANSPORT IN DRÔME AREA, BETWEEN 1995 AND 1998.

Network organisation of perinatal transport is still a current subject. A Drôme area investigation, showed to value a present state of perinatal care organisation in this area.

Keys words : Perinatal - Network.

RÉFÉRENCES

1. BERGER G.S., GILLINGS D.B., SIEGEL E. - The evaluation of regionalized perinatal. Health care programs. Am. J. Obstet. Gynecol., 1976 ; 125 : 924-32.
2. BLONDEL B., BREART G., MAZAUBRUN Ch., BADEYAN G., WCISLO M., LORDIER A., MATET N. - La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1997 ; 26 : 770-80.
3. BOSE C.L., TINTINALLI J.E., RUIZ E., KROME R.L. - Neonatal and pediatric transport. Emergency medicine. American college of emergency physicians., 1990 ; 15-20.
4. BREAT G. - Résultats des décisions et des pratiques périnatales. Flammarion Médecine-sciences. Journées parisiennes de pédiatrie 1998 ; 309-16.
5. BRODIN M. - Périnatalité: économie et politique de soins. Histoire de programmes de périnatalité. Flammarion Médecine-sciences. Journées parisiennes de pédiatrie 1998 ; 303-6.
6. BROSSARD N., COMBES J.C., GUILLERY O., FOISSAC J.C., FREYSZ M. - Transport interhospitalier médicalisé des menaces d'accouchement prématuré : résultats d'une enquête nationale. 40^e congrès national de la société française d'anesthésie et de réanimation, 12^e journées franco-québécoises, Paris, 24/27 septembre 1998.
7. BUISSON G. - Conférence de consensus. Soins périnataux: avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. Analyse et point de vue des pédiatres de clinique privée. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod., 1998 ; 27 (suppl n°2) : 165-75.
8. CHABERNAUD J.L. - Conférence de consensus. Analyse et point de vue des SMUR pédiatriques. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod., 1998 ; 27 (suppl n°2) : 176-81.
9. CHALE J.J., PAPIERNIK E., COLLADON B., COHEN H., LEVY G., LACROIX A., MARIA B., PALOT M., NAIDITCH M. - Analyse des lieux et des conditions d'accouchement en 1991 des mères d'enfants de moins de 1500 g et/ou d'âge gestationnel strictement inférieur à 33 SA. Arch. Pédiatr., 1997 ; 4 : 311-9.
10. DELOUR M., BLONDEL B., ALFARO C., BONNEFOI M.C., LOMBRAIL P., MARCHAND-BUTIN F. - Des collectivités territoriales s'impliquent dans les politiques périnatales. Du constat épidémiologique à l'adaptation du dispositif de soins en périnatalité. L'expérience parisienne. Flammarion Médecine-sciences. Journées parisiennes de pédiatrie 1998 ; 319-27.
11. FETTER W.P., BERGMEIJER J.H., KOLLE L.A., LAFEBER H.N. - Neonatal transport by helicopter in the Netherlands : a 7 year overview. Eur. J. Emerg. Med., 1995 ; 2 (2) : 88-91.
12. Groupe d'animation et d'impulsion national (GAIN Obstétrique II) - L'obstétrique en France (deuxième partie). Rapport CNAMTS/ENSM/ Groupe IMAGE. Janvier 1997.
13. PAPIERNIK E. - Les transports périnataux : faut-il transporter les mères avant la naissance ou transporter les enfants après la naissance ? Jobgyn, 1994, vol 2, 2, 1 : 21-31.
14. PAPIERNIK E. - Transferts maternels et transferts pédiatriques. Rev. du Prat., 1995 ; 45 : 1782-3.
15. PAPIERNIK E. - Conférence de consensus. Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux en fonction du contexte de la démographie et des contraintes budgétaires. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod., 1998 ; 27 (suppl n°2) : 76-84.
16. RUMEAU-ROUQUETTE C., BREAT G., DENIEL M., HENNEQUIN J.F., MAZAUBRUN C. - La notion de risque en néonatalogie. Résultats d'enquêtes épidémiologiques. Rev. Epidém. et de Santé Publ., 1976 ; 24 : 253-76.
17. SALANAVE B., BOUVIER-COLLE M.H. - Mortalité maternelle et structure des naissances : une explication possible de la surmortalité en France. Rev. Epidém. et Santé Publ., 1995 ; 43 : 301-7.
18. SROS N°2. - Groupe de travail "gynécologie-obstétrique". Bien naître en Rhône-Alpes. Septembre 1998, mise à jour mars 1999.
19. VELIN P., DUPONT D., GOLKAR A., BARBOT-BOILEAU D., MATTA T. - Prise en charge des nouveau-nés en maternité par un service de réanimation néonatale. Arch. Pédiatr., 1996 ; 3 : 122-9.

