

Tous les témoignages de femmes reçus par le Comité confirment la nécessité du maintien d'un plateau technique à Sarlat.

Les urgences n'existent pas seulement au moment de l'accouchement mais aussi en dehors d'une grossesse et pendant : saignements abondant inexpliqués, fausse couche hémorragique, grossesse extra-utérine, naissance prématurée, éclampsie, hémorragie intra-partum... il peut y avoir des complications à tout moment.

Une maternité avec son plateau technique fonctionnant 24H/24, 7J/7, permet d'assurer des consultations précoces au moindre symptôme inquiétant, aussi minime soit-il. Qui fera plus d'une heure de route pour des mains et pieds qui démangent, pouvant annoncer une cholestase ? Pour une migraine, pouvant annoncer une pré-éclampsie ? ...et j'en passe... Qui PEUT faire plus d'une heure de route pour ce type de symptôme ? Est-ce que le SMUR, déjà surchargé, enverra une ambulance à 3h du matin pour cela ? ...Les prises en charge seront retardées et les risques collatéraux augmentés.

Concernant l'accouchement, parlons de la délivrance du placenta et du risque d'hémorragie de la délivrance (HDD). Ce risque est présent au niveau national dans 5 à 10% des accouchements (source HAS 2023), ce qui concerne sur notre territoire, en prenant en compte les chiffres de 2022, soit 288 accouchements sur la maternité de Sarlat (sans compter ceux effectués par les sage femmes libérales), 14 à 29 femmes/an.

Pour parvenir à ces taux de 5 à 10%, lorsqu'une femme accouche, dans les 5 min suivant la sortie du bébé, la sage femme (SF) injecte de l'OXYTOCIN qui réduit de 60% ce risque d'HDD: c'est ce que l'on appelle la délivrance dirigée puis la patiente reste sous surveillance. Ensuite, au delà de 30 min sans délivrance placentaire (45 dans certains cas), la SF doit appliquer un protocole spécifique (pose de 2 VVP, préparation ATB et OXYTOCIN, prévenir l'anesthésiste, le gynécologue...). A 45min, on passe sur une délivrance artificielle, au bloc opératoire avec tous les risques que cela comporte (risque infectieux accru...). Chaque minute, chaque seconde, le risque hémorragique augmente, les artères qui irriguent le placenta délivrent 600 à 800 mL / min. Selon le Code de la Santé publique, SEUL un GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN peut réaliser cette délivrance +/- révision utérine. Ce même Code permet EXCLUSIVEMENT à une SF de pratiquer ces actes dans l'urgence absolue si absence du gynécologue. Quand bien même la patiente évacue le placenta durant les 30 premières minutes suivant la sortie du bébé, il faut savoir vérifier l'intégrité de ce placenta, tout morceau restant pouvant engendrer une hémorragie.

Les urgentistes ne sont pas formés à ces actes. Que pourront faire les Infirmiers Sapeurs-Pompiers et les Sapeurs-Pompiers (SP) ? Ils ne sont pas non plus formés à réaliser ces actes ni à injecter l'OXYTOCIN. Que se passera-t-il pour ces femmes qui

accoucheront rapidement , qui ne pourront être transportée qu’après l’arrivée du bébé ou qui accoucheront sur la route, qui ne bénéficieront pas de cette OXYTOCIN dans les 5 premières minutes, et qui, si elle doit malheureusement bénéficier d’une délivrance artificielle n’atteindront la maternité qu’au delà de ces 45 min “de sécurité”? Lisa rousseau, dans son témoignage sur FR3, est l’exemple type d’une prise en charge retardée qui, si elle avait pu bénéficier d’une prise en charge adaptée par une équipe compétente, aurait vu son taux de chance de passage au bloc opératoire largement diminué avec tous les risques que cela comporte.

Je n’ai pas exposé la surveillance nécessaire du bébé par monitoring , par une équipe formée, pour éviter un retard de prise en charge sur un bébé en souffrance pendant l’accouchement (anomalie du rythme...) non visible à l’œil nu. Les SP ne disposent pas non plus de ces appareils.

Si par le passé des hôpitaux et des maternités ont été mis un peu partout , c’est bien pour que les femmes et leur progéniture y aient accès en moins de 30 min réduisant ainsi le taux de mortalité et morbidité maternelle et infantile.

QUI SUPPORTERA LA RESPONSABILITE DES CONSEQUENCES DE CES RETARDS DE PRISE EN CHARGE ET LES DECES POTENTIELS?