

Politique quant au transport de la mère

Cette déclaration de principe commune a été revue par le comité de pratique clinique – Obstétrique et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Auteurs principaux :

Ann Kathleen Wilson, B.Sc.M., sage-femme autorisée, Ilderton, (Ont.)

Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

Comité de pratique clinique - Obstétrique :

Marc-Yvon Arsenault, MD, FRCSC, Montréal (Qc)

Yvonne M. Cargill, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Martina Delaney, MD, FRCSC, St. John's (T.-N. et Labrador)

Sue Daniels, inf. aut., Dartmouth (N.-É.)

Tom Gleason, MD, FRCSC, Edmonton (Alb.)

Stuart Iglesias, MD, Gibsons (C.-B.)

Michael C. Klein, MD, CCFP, Vancouver (C.-B.)

Catherine Jane MacKinnon, MD, FRCSC, Brantford (Ont.)

Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

Anne Roggensack, MD, Kingston (Ont.)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 27, n° 10, 2005, p. 960–963

Le transport des femmes enceintes courant un risque élevé de connaître des complications jusqu'à un établissement en mesure de leur prodiguer les soins obstétricaux et néonataux nécessaires est reconnu comme étant une composante essentielle des soins périnataux modernes. On peut s'attendre à de meilleures issues pour les nouveau-nés lorsque la mère est transportée pendant la période prénatale, surtout dans le cas de nourrissons qui naissent avant terme après moins de 30 semaines de gestation.¹ Par conséquent, il est préférable d'effectuer le transport de la mère avant que le bébé naisse. Il devrait s'agir là d'un objectif primaire.

Mots clés : maternal transport, maternal transfer, new born transfer

Lorsqu'un transfert prénatal est nécessaire, il faut tenir compte des besoins de la mère et du fœtus, ainsi que des ressources et de la capacité des établissements locaux, pour choisir le centre d'accueil le plus approprié. Ce processus de consultation et d'évaluation permet aux femmes de rester plus près de la maison et à la famille de se rendre plus facilement à son chevet pendant cette période d'inquiétude et d'incertitude.

Le document intitulé « Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales » dresse la liste suivante des composantes d'un système régional de transfert et de transport efficace :

- une évaluation des problèmes pour lesquels une consultation ou le transport serait utile;
- une continuité des soins aux membres de la famille durant le transport entre le centre d'origine et le centre d'accueil;
- l'équipement et le personnel adéquats pour assurer le transfert dans les conditions de sécurité et d'efficacité requises;
- une collaboration et une communication entre les organismes;
- des mesures pour garder la famille ensemble;
- des mises à jour fréquentes, de l'information et du soutien pour les familles durant cette période éprouvante;
- une disponibilité continue des systèmes de transport et d'orientation (accès jour et nuit);
- des systèmes de communication fiables et précis entre les deux hôpitaux, et entre les équipes de transport et les hôpitaux, en ce qui concerne le temps de réponse, les capacités et les installations;
- des systèmes pour aider la mère à réintégrer sa collectivité en temps opportun, sans qu'un fardeau financier lui soit imposé;

Les déclarations de principe communes font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

- des registres des demandes de transport, et des indications sur le traitement des demandes, pour exercer un contrôle de la qualité;
- des évaluations de rendement continues;
- des initiatives soutenues de formation permanente pour les professionnels de la santé et le public².

Une part importante d'un système de transport régional efficace repose sur la disponibilité d'un personnel disposant du savoir-faire, des compétences techniques et du jugement clinique nécessaires pour fournir des soins efficaces malgré toute situation d'urgence pouvant survenir pendant le transport. Les régions et(ou) les établissements peuvent identifier un regroupement de fournisseurs de soins à partir desquels choisir les professionnels les plus aptes à combler les besoins particuliers des patientes faisant l'objet du transport. Les fournisseurs de soins participant au transport de la mère devraient avoir la capacité d'évaluer l'état de la mère et du fœtus; de réagir de façon appropriée à tout changement subséquent; et de procéder à l'accouchement d'urgence. Par ailleurs, tous les intervenants participant aux activités de transport devraient être en mesure de surveiller les signes vitaux du nouveau-né, de pratiquer la réanimation néonatale et la réanimation cardio-pulmonaire adulte, et d'administrer un traitement par intraveineuse.

La raison motivant le transport de la mère peut être liée à l'état de la mère, du fœtus ou des deux. Le médecin ou la sage-femme en charge du cas devrait envisager le transport si les ressources en matière de soins immédiats et continus pour la mère ou son nourrisson (s'il est né dans la communauté ou à domicile) sont insuffisantes pour prendre en charge des complications éventuelles. Le transport est indiqué lorsqu'il est établi, après évaluation, que la mère a besoin des ressources et des compétences du personnel d'un établissement de niveau II ou III, et(ou) si l'on s'attend à ce que le nouveau-né ait besoin de soins intensifs néonataux spécialisés. Parmi les facteurs devant être pris en considération dans la planification du transport, mentionnons la distance jusqu'à l'établissement approprié et les conditions climatiques au moment du transport.

Les indications les plus courantes quand au transport de la mère comprennent, entre autres :

- le travail préterme
- la rupture préterme des membranes
- l'hypertension gravidique grave ou autres complications liées à l'hypertension
- l'hémorragie anté-partum
- des complications médicales de la grossesse, comme le diabète, les maladies rénales ou l'hépatite
- une grossesse multiple
- un retard de croissance intra-utérin

- les anomalies fœtales
- une progression inadéquate du travail
- une mauvaise présentation
- un traumatisme maternel

Lorsque l'on s'attend à ce que des complications se manifestent avant le travail, il est recommandé d'évaluer le cas et de procéder au transfert vers un établissement approprié, le cas échéant. Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter le transport d'urgence de la mère.

Dans certaines circonstances, le transport n'est pas indiqué ou possible. Les contre-indications à l'égard du transport de la mère peuvent comprendre ce qui suit :

- L'état de la mère n'est pas suffisamment stable pour effectuer le transport.
- L'état du fœtus est instable et risque de se détériorer rapidement.
- L'accouchement est imminent.
- Aucun aide soignant expérimenté n'est disponible pour accompagner la mère.
- Les conditions climatiques rendent les déplacements dangereux ou posent problème pour le transport.

Un certain nombre de questions importantes doivent être prises en considération au moment d'élaborer un plan de transport. La communication représente un aspect fondamental des stratégies de transport efficaces. Par ailleurs, tous les fournisseurs et établissements de soins périnataux doivent être au fait des mécanismes mis en place pour effectuer le transport et confirmer auprès de l'établissement d'accueil la capacité de ce dernier de fournir les soins nécessaires. Chaque région devrait être responsable de l'élaboration de protocoles de transport visant des situations cliniques particulières (comme le travail préterme ou l'hypertension gravidique), fondés sur les données actuelles quant à la pratique optimale. Ces protocoles devraient également être documentés et communiqués à tous les partenaires au sein de la région.

Il faut s'entretenir, avec la mère et sa famille, de la nécessité de la transporter vers un autre établissement et, selon ce qui est permis par les circonstances, prendre le temps d'aborder ses questions et ses préoccupations. Les renseignements suivants devraient être fournis à la mère et à sa famille :

- les raisons du transport;
- la date, l'heure et la durée du trajet;
- la destination de la mère;
- le mode de transport;
- le nom de chaque intervenant qui accompagnera la mère et la famille;
- les heures de visite et les numéros de téléphone de l'hôpital d'accueil;
- la durée prévue du séjour à l'hôpital;

- les détails relatifs à l'itinéraire projeté, ou une carte pour se rendre en voiture à l'hôpital d'accueil, ou toute information sur les autres modes de transport;
- différentes options d'hébergement pour les membres de la famille.²

Suivant le transport, les patientes passent des soins d'un médecin ou d'une sage-femme à ceux d'un autre médecin. Pour que des soins optimaux puissent être prodigués, il est essentiel que la sage-femme ou le médecin traitant discute du cas avec le médecin de l'établissement d'accueil. Cette discussion doit porter sur la raison du transport, sur l'état et la stabilisation de la mère et du fœtus, ainsi que sur le plan de transport. Les choix à faire quant au mode de transport (par terre ou par air), au personnel accompagnateur et aux compétences requises sont faits par l'établissement orienteur, en tenant compte des commentaires de l'établissement d'accueil.

L'établissement d'accueil proposé devrait documenter la demande de transfert. Les renseignements requis sont les suivants : le nom de la mère et du médecin/de la sage-femme; la raison du transport; l'état actuel de la mère et du fœtus; toute décision quant au traitement et au transport; le type de professionnel de la santé accompagnant la mère/le fœtus; et le nom et les coordonnées de la personne accompagnatrice. Ces renseignements devraient être recueillis, qu'une décision ait été prise ou non quant au transport².

La sage-femme/le médecin traitant ou l'établissement devrait remplir une fiche de transfert de la mère, qui devrait être disponible auprès de leur établissement de soins de santé. Il faudrait y joindre des photocopies du dossier prénatal, des dossiers hospitaliers pertinents et du dossier échographique. Si cela n'est pas possible au moment du transport, il faudrait les télécopier ou les acheminer d'une autre façon dans les plus brefs délais.

Les interventions visant à stabiliser l'état, comme une perfusion intraveineuse, devraient être entreprises avant le transport. La disponibilité et le bon fonctionnement de l'ensemble du matériel de transport devraient être vérifiés avant le départ (se reporter à l'annexe A). Il faut aussi s'assurer qu'il y a suffisamment d'oxygène pour le transport. En ce qui concerne le transport par voie aérienne, il faut

s'assurer d'administrer de l'oxygène à la mère pendant les vols en haute altitude³.

Pendant le transport, il importe de prodiguer des soins en fonction de la nature du problème, de la distance à parcourir et des conditions dans lesquelles s'effectue le transport. Toutes les évaluations effectuées devraient être inscrites sur la fiche de transfert de la mère. La mère et le fœtus doivent faire l'objet d'un suivi pendant le trajet, la fréquence de ce suivi reposant sur l'état de la mère et du fœtus, ainsi que sur le jugement de l'aide soignant. Les évaluations devant être effectuées comprennent l'activité utérine, les signes vitaux de la mère et la fréquence cardiaque fœtale. Le niveau sonore doit également être pris en considération en ce qui a trait au choix des instruments appropriés. Ainsi, le niveau sonore d'un transport par voie aérienne peut nécessiter l'utilisation d'un sphygmomanomètre numérique et d'un appareil échographique Doppler à écran numérique. De manière à minimiser les risques d'hypotension de décubitus et d'hypoxie fœtale, il est recommandé de faire allonger la mère sur son côté pendant le transport. Les soins prodigués à la mère pendant le transport sont la responsabilité de l'établissement orienteur, à moins que l'équipe de transport appartienne à l'établissement d'accueil.

Tous les fournisseurs de soins participant au transport de la mère doivent tenir compte des besoins affectifs de la mère et de sa famille dans le contexte d'une expérience qui est souvent effrayante et parfois empreinte de deuil. L'établissement d'un système de soutien contribue de façon importante au bien-être de la mère. Même dans les situations d'urgence, il est important de respecter les principes des soins axés sur la famille.

RÉFÉRENCES

1. Lee SK, McMillan DD, Ohlsson A, Boulton J, Lee DS, Ting S et coll. « The benefit of preterm birth at tertiary care centers is related to gestational age », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 188, n° 3, 2003, p. 617-22.
2. Santé Canada. « Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale: lignes directrices nationales », Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2000.
3. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus », Ottawa, chez l'auteur, 1992.

Annexe A

MATÉRIEL POUR LE TRANSPORT DE LA MÈRE *

Matériel de base

Avant de quitter l'hôpital, s'assurer que tout le matériel est accessible et qu'il fonctionne. Le matériel et les trousseaux doivent être prêts en tout temps, et le personnel au complet doit savoir où les trouver. Demander aux services ambulanciers locaux quel matériel se trouve dans les ambulances.

Matériel général

- Fiche de transfert de la mère
- Stéthoscope
- Thermomètre
- Haricot ou bassin
- Lampe de poche
- Sphygmomanomètre
- Appareil portatif à effet Doppler/moniteur portatif ou stéthoscope fœtal
- Pompe à perfusion (à piles)
- Gants stériles — trois paires, différentes tailles
- Serviettes hygiéniques obstétricales
- Lubrifiant stérile
- Solution antiseptique

Solutions intraveineuses et médicaments pour la mère

- 1 000 cc de solution aqueuse de dextrose à 5 %
- 1 000 cc de lactate de Ringer
- Deux solusets
- Ruban adhésif
- Garrots
- Intracath n° 16, n° 18 et n° 20 — deux de chaque sorte
- Papillon n° 21 — deux
- Assortiment d'aiguilles et de seringues
- Tampons d'alcool
- Cinq ampoules de sulfate de magnésium — 1 g/amp.
- Quatre ampoules de Syntocinon — 10 unités/ml
- Deux ampoules d'hydralazine, 20 mg/amp.
- Deux ampoules de valium, 10 mg/amp.
- Indométhacine en suppositoires de 50 mg, ou nifédipine en comprimés de 10 mg

Trousse stérile pour naissance d'urgence

- Une paire de ciseaux
- Deux forceps Kelly
- Six tampons de gaze 4 x 4
- Un petit champ
- Aspirateur de mucus DeLee ou aspirateur mécanique et cathéters n° F 10
- Deux clamps pour le cordon
- Deux sacs en plastique (pour le placenta et les déchets)
- Couverture pour le bébé
- Couverture d'urgence en Mylar

Matériel de réanimation du nouveau-né

- Laryngoscope néonatal et petite lame droite de dimension 0
- Ballon à autodilatation et masques néonataux de taille 0, 1 et 2 pour l'administration d'oxygène pur
- Tubes endotrachéaux transparents avec sondes et raccords — taille 2,5 à 4
- Épinéphrine 1:10 000 — trois ampoules de 1 ml ou seringues préremplies
- Naloxone 0,4 mg/ml — trois ampoules de 1 ml ou seringues préremplies
- Seringues de 1 ml
- Seringues de 2 ml
- Aiguilles n° 20
- Aiguilles n° 25
- Sondes orogastriques de gavage
- Ruban adhésif Élastoplast et ciseaux

Matériel de réanimation d'un adulte

- Oxygène — vérifier le nombre de bonbonnes et la quantité d'oxygène disponible dans l'ambulance
- Ballon et masque Ambu
- Tubage endotrachéal n° 3

*Adapté de « Soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales »²