

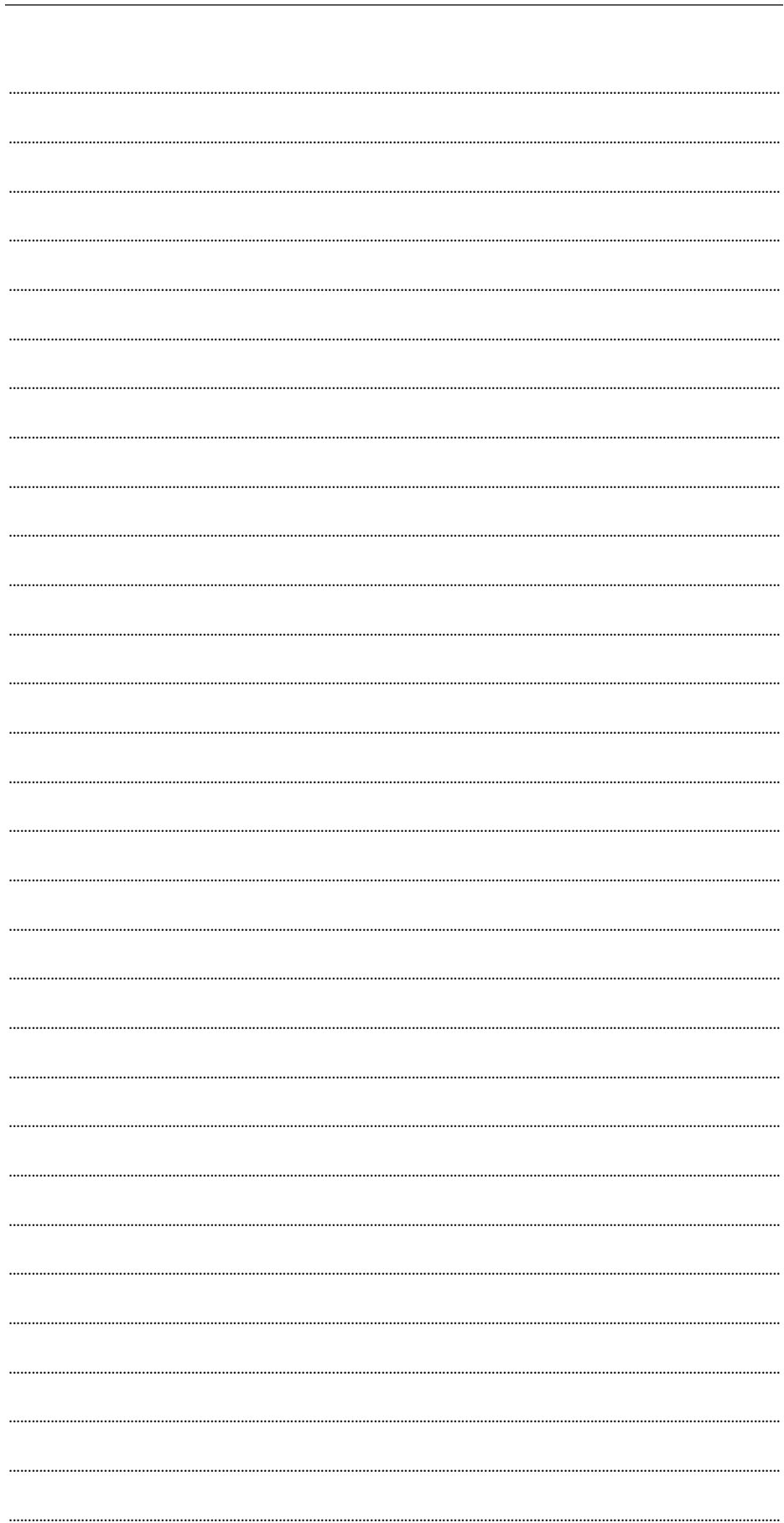
Les soins à la mère et au nouveau-né dans une
perspective familiale : lignes directrices nationales

— CHAPITRE 9 —

Transport

Table des matières

Introduction	5
Volets des programmes régionaux de transfert et de transport	6
Personnel	7
Transport de la mère et de son bébé à naître	7
Indications pour le transport	7
Contre-indications au transport	8
Plan de transport	9
Soins durant le transport	11
Soins à l'arrivée	12
Plans de gestion suggérés	13
Transport néonatal	13
Raisons du transport	14
Plan de transport	14
Transport de retour	16
Conclusion	16
Bibliographie	17
Annexe 1 — Consultation de la mère pour la collecte des données — dossier de transfert et fiche d'information avant le transport néonatal	19
Annexe 2 — Matériel pour le transport de la mère	23



Introduction¹

Le transport des femmes enceintes et des nouveau-nés à risque élevé est un volet essentiel des soins modernes en périnatalité. En effet, la santé du nouveau-né est mieux protégée si la mère est transportée avant la naissance à un centre où elle peut recevoir les soins obstétricaux nécessaires et où le nouveau-né sera soigné adéquatement. Il est donc préférable de transporter la mère avec le bébé *in utero*, plutôt qu'après la naissance, et cela doit constituer un objectif primordial.

La prestation de soins dans une perspective familiale présente un défi bien particulier lorsque la mère et son bébé ne peuvent être soignés dans le centre de soins prévu ou dans celui où ils ont d'abord été soignés. D'une part, la mère et sa famille comprennent que l'établissement d'accueil dispose des ressources pour prodiguer des soins optimaux. D'autre part, ce transfert suscite beaucoup d'anxiété chez la mère, puisqu'elle quitte son hôpital communautaire — un environnement qu'elle connaît bien et où elle a été suivie par son médecin ou la sage-femme tout au long de sa grossesse — pour aller dans un centre (probablement situé dans une plus grande ville), où elle sera soignée par des inconnus. De plus, la mère s'inquiète de sa santé et de celle de son bébé; elle peut avoir d'autres enfants à la maison pour lesquels il lui faut prendre des dispositions et qu'il faut rassurer. Enfin, son conjoint n'est peut-être pas en mesure de l'accompagner ou de lui rendre visite souvent à cause de la distance ou de ses responsabilités familiales et professionnelles.

Il est tout aussi difficile pour la mère de savoir que son bébé est malade et qu'il faut le transférer loin de son lieu de naissance, peut-être même à l'extérieur de la région. Il lui est pénible de se séparer de son bébé et de s'inquiéter du bien-être de celui-ci. Encore une fois, son conjoint ou les membres de sa famille ne sont peut-être pas en mesure d'être auprès d'elle

1. Les lignes directrices s'inspirent des documents suivants : *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus* (1992), Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; *Maternal/Fetal Transport* (1997), British Columbia Reproductive Care Program; *Maternal/Fetal Transport Guidelines* (1998), Programme de formation périnatale de l'Est de l'Ontario; *Maternal/Fetal and Neonatal Transport* (1992), Reproductive Care Program of Nova Scotia; *Guidelines for Perinatal Care* (1997), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et American Academy of Pediatrics (AAP). Les lecteurs doivent s'adresser à leurs centres régionaux pour des renseignements précis sur les modalités de transport de leur région.

ni d'accompagner le bébé. La mère risque ainsi d'être privée du soutien affectif dont elle a besoin pendant cette période extrêmement difficile.

Tous ces facteurs, et bien d'autres, peuvent créer beaucoup de stress pour la mère et sa famille.

Dans de telles situations, les principes suivants de la prestation de soins dans une perspective familiale sont cruciaux :

- Les mères et les familles doivent être informées de leur situation, et elles doivent participer activement à la prise de décisions.
- Les mères et les familles ont besoin du soutien continu d'un personnel compétent.
- Les membres de la famille doivent demeurer ensemble, dans la mesure du possible, et pouvoir communiquer entre eux et avec les intervenants de la santé dans le cas d'une séparation inévitable.

Volets des programmes régionaux de transfert et de transport

Même si la majorité des transferts s'effectuent vers des centres de niveau III, il se peut qu'un transfert à un centre de niveau II soit le plus approprié et permette à la famille de rester plus près de son domicile. Malgré une évaluation des plus minutieuses, une urgence peut toujours survenir une fois que la mère est en travail ou après la naissance du bébé. C'est pourquoi il est essentiel de prévoir des modalités de transport néonatal.

Tout programme régional de transfert et de transport doit comprendre les volets suivants :

- 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 du programme (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;
- 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 public.

Personnel

Le personnel affecté au transport doit réunir les compétences techniques et le jugement clinique nécessaires pour prodiguer des soins de soutien compte tenu de la gamme étendue des situations d'urgence qui peuvent survenir durant le transport. L'équipe doit être composée d'intervenants ayant reçu une formation adéquate : médecins, infirmières, inhalothérapeutes et membres du personnel d'intervention d'urgence. La composition de l'équipe de transport doit être adaptée aux besoins prévus de la mère et du bébé que l'on transporte. Tous les intervenants de la santé de la collectivité doivent collaborer pour que les besoins de la mère et du bébé soient satisfaits au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Transport de la mère et de son bébé à naître

Indications pour le transport

Des préoccupations au sujet de la santé de la mère ou du bébé à naître peuvent justifier le transfert. En règle générale, il faut considérer un transfert lorsque les ressources locales sont insuffisantes pour prodiguer des soins immédiats et continus à la mère et à l'enfant à naître ou au nouveau-né, et pour faire face à des complications éventuelles.

Deux grandes situations justifient la décision d'un transfert, prise après une évaluation appropriée d'un médecin : lorsque l'état de la mère ou du bébé exige les compétences et les ressources spécialisées d'un centre de niveau II ou III; lorsqu'on s'attend à placer le nouveau-né dans une unité de soins intensifs néonataux. Ce transfert dépend aussi de la distance à parcourir, des conditions géographiques et climatiques, et du jugement clinique du médecin ou de la sage-femme responsable.

De façon plus précise, les indications les plus fréquentes de la nécessité d'un transfert sont les suivantes :

- travail prématuré;
- rupture prématurée des membranes;
- hypertension gravidique grave ou autres complications de nature hypertensive;
- hémorragie prénatale;
- complications médicales de la grossesse, telles que le diabète, une maladie rénale et une hépatite;
- grossesse multiple;
- retard de croissance intra-utérin;
- anomalies fœtales;
- progrès insatisfaisant du travail;
- présentation dystocique.

Dans les situations où l'on prévoit que des complications peuvent survenir avant le début du travail, on recommande de demander une consultation précoce ou de diriger la cliente assez tôt vers le centre approprié pour qu'elle y donne naissance, permettant peut-être ainsi d'éviter un transport d'urgence ultérieur de la mère.

Contre-indications au transport

Les contre-indications au transport comprennent les situations suivantes :

- l'état de la mère n'est pas assez stable pour le transport;
- l'état de santé du bébé à naître est instable et risque de se détériorer rapidement;
- la naissance est imminente;
- les conditions météorologiques sont dangereuses ou posent des problèmes de transport (il faut consulter le centre régional dans de tels cas).

Plan de transport

Tous les organismes doivent élaborer et établir des politiques et des procédures de soins d'urgence à la mère et à son enfant à naître ou au nouveau-né. Si on prévoit une urgence, il faut prendre les dispositions préliminaires auprès du centre qui accueillera la mère et le bébé à naître. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération lors de la planification du transport.

- Puisqu'il s'agit d'une période extrêmement pénible, la mère et sa famille ont besoin de tout le soutien que peuvent leur donner les intervenants de la santé durant le transport. Elles ont aussi besoin qu'on les tienne bien au courant de ce qui se passe et qu'on leur transmette toute l'information accessible. La mère et sa famille doivent participer activement à toutes les décisions liées au transport. Il faut leur laisser suffisamment de temps pour poser des questions et les encourager à exprimer leurs craintes et leurs préoccupations.

Il est impératif d'avoir des entretiens avec la mère et sa famille pour le partage de l'information. Avant de procéder au transfert, il est particulièrement important de communiquer aux membres de la famille absents les renseignements suivants :

- les raisons du transport;
- la date, l'heure et la durée du trajet;
- la destination de la mère ou du bébé;
- le mode de transport;
- le déroulement prévu du transport (c'est-à-dire le genre de soins prévus);
- 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.

Il est important qu'au moins un membre de la famille soit présent à l'hôpital d'accueil. On doit encourager le conjoint, ou une autre personne capable de procurer un soutien, à accompagner la mère (à condition que cela ne soulève pas de difficultés juridiques ou relatives à l'assurance). Si

cela est impossible, il faut aider les familles à se rendre à l'hôpital d'accueil en toute sécurité. Si la famille décide de s'y rendre en auto mais que la conduite automobile est trop stressante dans ces moments difficiles, il vaut mieux demander à quelqu'un d'autre de conduire. On devrait encourager le conjoint ou la personne accompagnatrice à prévoir son hébergement dans la ville de l'hôpital d'accueil.

Il faut aider la famille à rester ensemble. La femme transférée aura besoin d'un réseau de soutien solide et efficace.

- Avant d'organiser le transport, il faut que le médecin ou la sage-femme du centre d'origine communique avec le médecin du centre d'accueil. Un rapport détaillé s'impose — traitant de l'état de la mère et du bébé à naître ou du nouveau-né, de la stabilisation de l'état de la mère et du plan de transport lui-même.
- Les intervenants des centres d'origine et d'accueil doivent prendre une décision conjointe concernant le mode de transport (terrestre ou aérien) et, au besoin, le personnel requis, que l'on choisit selon l'état de santé de la mère. Les professionnels qui l'accompagnent doivent avoir les compétences nécessaires pour évaluer l'état de la mère et de son bébé à naître, pour réagir adéquatement à tout changement subséquent et pour assister la naissance d'urgence. Leur formation doit leur permettre de surveiller et de maintenir la température corporelle du nouveau-né, de procéder à la réanimation du bébé, de faire des compressions thoraciques à la mère et au bébé, et de donner un traitement par injection intraveineuse.
- L'hôpital d'accueil proposé doit consigner la demande de transfert sur une fiche normalisée. On doit y inscrire, entre autres, le nom de la mère et celui du médecin traitant ou de la sage-femme, les raisons de la demande de transfert, l'état actuel de la mère et du bébé à naître, toute décision relative au traitement et au transport, les spécialités des professionnels de la santé qui accompagneront la mère ou le nouveau-né, et le nom et l'adresse temporaire de la personne accompagnatrice qui procurera le soutien. Pour fins de contrôle, la fiche doit être remplie, que l'on décide ou non de transporter la mère.
- L'établissement d'origine doit remplir une fiche de transfert de la mère et y adjoindre des photocopies du dossier prénatal, des dossiers pertinents de l'hôpital et des résultats de l'échographie. Si ces documents ne sont pas accessibles au moment du transport, on devra les transmettre par

télécopieur aussitôt que possible. (L'annexe 1 présente une fiche à titre d'exemple.)

- La mère doit porter un bracelet d'identité.
- Il faut faire une évaluation complète de l'état de santé de la mère et du bébé. Le transport n'est pas systématiquement recommandé lorsque l'âge gestationnel de l'enfant à naître est inférieur à 22 semaines complètes, à moins que l'état de santé de la mère ne le justifie. (On recommande de lire la déclaration conjointe de la Société canadienne de pédiatrie et de la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada, *Démarches thérapeutiques auprès de la mère qui risque d'accoucher d'un bébé très prématuré*, 1994, pour des directives sur les soins aux femmes enceintes lorsque l'âge gestationnel de l'enfant à naître est inférieur à 22 semaines ou se situe entre 22 et 26 semaines.)
- Il faut prévoir de l'aide pour les interventions nécessaires à la stabilisation de l'état de la mère avant le transport (par exemple, pour installer une perfusion ou amorcer la pharmacothérapie).

Avant le départ, on doit vérifier si tout l'équipement d'urgence nécessaire pour le transport est accessible et fonctionne bien. (Consulter l'annexe 2.) Il faut prévoir un approvisionnement en oxygène suffisant (en accordant une marge de sécurité de 50 p. 100). Pour le transport aérien, il faut prévoir l'administration d'oxygène durant les vols à haute altitude.

Soins durant le transport

Durant tout transport, les soins doivent être individualisés selon la nature du problème, la distance à parcourir et les conditions du transport. Pendant le trajet, il faut aussi consigner tous les examens et leurs résultats sur la fiche de transfert de la mère. Il est très important de bien tenir compte des aspects suivants des soins à la mère et à la famille :

- La mère a besoin de soins continus; sa famille a aussi besoin d'un soutien continu. La mère a besoin d'être informée sur son état de santé et sur celui de son bébé. Elle souhaite aussi qu'on réponde à ses questions.
- La mère doit être allongée sur le côté; cette position diminue le risque d'hypotension en décubitus et d'hypoxie foetale.
- Il faut surveiller les signes vitaux de la mère et du bébé à naître durant tout le transfert. La fréquence des examens dépendra de leur état de santé

et du jugement de l'intervenant qui les accompagne. Il est toutefois nécessaire de surveiller les aspects suivants :

- l'activité utérine;
 - la tension artérielle de la mère (à l'aide d'un sphygmomanomètre à affichage numérique fonctionnant sur piles ou par la palpation de l'artère brachiale);
 - la fréquence cardiaque fœtale (en raison du bruit ambiant, on recommande d'utiliser un appareil ultrasonique portable à effet Doppler).
- La mère aura peut-être besoin qu'on lui administre de l'oxygène à l'aide d'un masque, en particulier pendant le transport aérien.

Les soins à la mère et à l'enfant durant le transport demeurent la responsabilité de l'établissement d'origine, sauf si l'établissement d'accueil utilise sa propre équipe de transport.

Soins à l'arrivée

Lorsqu'une mère, accompagnée ou non de sa famille, arrive à l'établissement d'accueil, il faut prendre en considération un certain nombre d'éléments relatifs aux soins :

- Il peut être pénible pour la mère et sa famille d'arriver dans un établissement inconnu et d'être confiées aux soins d'intervenants inconnus. Les intervenants de la santé doivent être conscients de cette difficulté et donner le soutien nécessaire. Par exemple, il est essentiel de présenter la mère et sa famille au personnel de l'établissement d'accueil. Dans le cas où les membres de la famille n'auraient pas pu accompagner ou suivre la mère, on doit les appeler le plus tôt possible pour les informer de son arrivée, de son état et de celui du bébé.
- À l'arrivée, la mère et le bébé doivent subir un examen complet. Leur état de santé doit être bien expliqué au personnel de l'établissement d'accueil. Les intervenants qui accompagnent la mère pendant le transport doivent participer aux soins requis lors des procédures d'admission.
- Il est essentiel que le médecin ou la sage-femme de l'établissement d'origine, et le médecin traitant ou la sage-femme de la mère (s'ils ne sont pas les mêmes), soient informés de ce qui se passe à l'hôpital, du déroulement et de l'issue de la naissance, le cas échéant, et des plans de suivi après le congé pour la mère et pour le bébé (si la naissance a déjà eu lieu).

Plans de gestion suggérés

Dans le document intitulé *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus* (1992), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande un protocole pour trois situations courantes qui peuvent nécessiter le transport de la femme enceinte : le travail prématuré, le saignement vaginal et l'hypertension. Les directives régionales et provinciales incluent aussi des protocoles pour des situations particulières. En outre, la Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont élaboré des directives pour les soins à donner aux femmes qui risquent d'accoucher d'un bébé très prématuré (SCP et SOGC, 1994).

Transport néonatal

Il est préférable que l'équipe responsable du transport du nouveau-né provienne de l'établissement d'accueil. Cette équipe peut se rendre à l'hôpital d'origine et assumer la responsabilité du bébé, notamment les soins nécessaires à la stabilisation de son état et la prestation des soins durant le transport vers le centre hospitalier d'accueil. Durant le transport, l'équipe doit avoir accès à du matériel adéquat. Le centre d'origine devrait demander de l'aide ou une consultation le plus tôt possible pour que l'équipe de transport puisse se préparer.

Que le trajet soit court ou long, certains principes fondamentaux au transport néonatal s'imposent, notamment le maintien d'une chaleur ambiante adéquate, la stabilisation de l'état effectuée par du personnel qui a une formation et une expérience adéquates, et le contrôle des conditions de transport.

Avant le transport, le personnel de l'hôpital d'origine doit collaborer avec les membres de l'équipe externe de transport néonatal pour la stabilisation et les soins. Il est donc important d'établir clairement les responsabilités de l'équipe de transport. Habituellement, un médecin de l'hôpital d'accueil assume la responsabilité des soins dès que l'équipe de transport quitte l'hôpital d'origine. Qu'il y ait ou non une équipe spécialisée pour le transport, il faut clairement définir la responsabilité des soins en tout temps. Avant le départ, il faut communiquer avec le médecin responsable des soins à l'hôpital d'accueil. De plus, des mécanismes de communication doivent

être mis en place permettant la gestion, pendant le trajet, de problèmes imprévus.

Raisons du transport

Deux situations rendent nécessaire le transport néonatal, après une évaluation appropriée d'un médecin : lorsque l'état du bébé exige les compétences spécialisées et les ressources avancées d'un centre de niveau II ou III; lorsqu'on s'attend à ce que des soins doivent être prodigués dans une unité de soins intensifs néonataux. La décision du transfert dépend aussi de la distance à parcourir, des conditions géographiques et climatiques, et du jugement clinique du médecin ou de la sage-femme responsable.

En fait, il existe un nombre incalculable de raisons pour le transport, liées au bébé et à la région. Voici les raisons les plus courantes :

- une détresse respiratoire persistante;
- des malformations congénitales nécessitant des procédures de diagnostic, des traitements ou des soins chirurgicaux spécialisés;
- des séquelles manifestes de dysfonctionnement organique mettant en cause plusieurs systèmes à la suite d'épisodes d'hypoxie ischémique;
- une naissance prématurée, un faible poids à la naissance;
- une infection grave.

Plan de transport

La décision de transférer un nouveau-né, même si elle est prise à la suite de consultations entre les médecins des centres d'origine et d'accueil, exige une ordonnance de transfert du médecin. L'état du nouveau-né doit toujours être stabilisé avant le transport. Dans la plupart des cas, l'idéal est de garder le nouveau-né dans l'établissement où il est né; l'équipe de transport ou le personnel de l'unité néonatale de l'hôpital d'accueil se rend alors à l'établissement d'origine pour stabiliser l'état du nouveau-né et procède ensuite au transport. Il faut recueillir beaucoup d'information avant le transport :

- Les données de base à l'intention du centre tertiaire (ou de l'équipe de transport) doivent comprendre :
 - le nom du médecin traitant du centre d'origine;
 - le nom de l'hôpital d'origine;
 - le nom du nouveau-né;
 - le nom des parents;
 - la date et l'heure de la naissance;

- le poids et l'âge gestationnel;
- le diagnostic de l'enfant et la raison du transfert. (Consulter l'annexe 1.)
- Le sommaire des données maternelles et néonatales doit comprendre :
 - *de l'information sur la mère*
 - antécédents médicaux de la mère;
 - antécédents obstétricaux;
 - complications de la grossesse;
 - déroulement du travail et de la naissance;
 - *de l'information sur le nouveau-né*
 - indice d'Apgar, évalué à une, cinq et dix minutes;
 - tentatives de réanimation;
 - problèmes actuels du nouveau-né;
 - évaluation actuelle du nouveau-né;
 - besoin d'installer une perfusion;
 - résultats d'analyses de laboratoire, s'ils sont accessibles;
 - médicaments administrés.
- Les copies des rapports doivent comprendre :
 - tous les résultats d'analyses de laboratoire pertinents;
 - les échantillons de sang de la mère et du cordon ombilical;
 - les rayons-X;
 - les photocopies des dossiers de la mère et du nouveau-né, dont le dossier prénatal;
 - les copies des tracés de surveillance électronique du fœtus (monitorage fœtal).
- Il faut vérifier tout le matériel nécessaire avant le transport pour s'assurer de son bon fonctionnement. De plus, il faut vérifier l'exactitude du bracelet d'identité du bébé et s'assurer qu'il porte le même numéro que celui de sa mère. Pendant le trajet, le nouveau-né doit être placé dans un incubateur de transport chauffant, et son état doit être vérifié fréquemment (l'état de santé du bébé et le jugement de l'intervenant dicteront la fréquence des vérifications).
- Pendant la période précédant le transport, il est crucial d'offrir du soutien à la mère et à sa famille et de les tenir constamment au courant de la situation. Il faut expliquer toutes les raisons qui justifient le transfert, et les parents doivent participer à la prise de décisions. Les parents ont besoin d'être bien renseignés au sujet des centres tertiaires; on doit aussi leur donner de l'information sur le trajet et les possibilités d'hébergement

au centre même ou près du centre. Avant le départ, il est essentiel de permettre aux parents de passer du temps avec leur bébé. En fait, on doit faire tout ce qui est possible pour que les parents puissent voir et toucher leur bébé, et le tenir dans leurs bras. Il est à conseiller aussi de leur remettre une photo de leur bébé avant le transport.

- On devrait prendre les dispositions nécessaires pour que la mère soit transférée à l'hôpital où sera admis son bébé. Dans tous les cas, il faut avertir les parents qu'ils peuvent communiquer avec l'hôpital d'accueil, et les encourager à le faire, pour connaître l'état de leur bébé. Les communications avec l'hôpital d'accueil doivent être soutenues pour que les parents du bébé et le personnel qui l'a soigné soient tenus au courant de l'évolution de sa situation.

Transport de retour

Le transport de retour signifie que les problèmes ayant rendu nécessaire le transfert à un centre de soins intensifs ou spécialisés sont maintenant résolus, et que la mère ou le nouveau-né peut retourner au centre d'origine ou dans le centre de sa collectivité pour continuer à recevoir des soins. Le transport de retour est indiqué lorsque :

- l'état de la femme enceinte s'est stabilisé suffisamment pour que son plan de traitement soit appliqué sans danger par le centre d'origine;
- après avoir donné naissance, la mère peut retourner en toute sécurité dans l'hôpital de sa collectivité (mais *uniquement* s'il est approprié qu'elle retourne sans son bébé);
- le nouveau-né peut retourner dans le centre d'origine, avec un plan de suivi ou de soins.

Conclusion

Il est d'une importance cruciale que les centres d'origine et d'accueil communiquent entre eux au sujet des interventions et des plans de soins. Au cours de ces communications, il leur faut préciser les traitements requis, l'équipement et le matériel nécessaires, les résultats attendus, tout besoin spécial des parents et du nouveau-né, les plans de suivi particuliers et les cliniciens requis.

Bibliographie

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG) et AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). *Guidelines for Perinatal Care*, 4^e éd., Washington, chez les auteurs, 1997.

BRITISH COLUMBIA REPRODUCTIVE CARE PROGRAM (BCRCP). *Maternal/Fetal Transport*, Vancouver, chez l'auteur, 1997.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF MANITOBA. *Maternal Transport System*, Winnipeg, chez l'auteur, 1990.

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF SASKATCHEWAN. *Indications and Contraindications for Maternal Transport*, Saskatchewan, Perinatal and Maternal Study Committee, 1995.

DAVIS, D.H., et J.W. HAWKING. « High-risk maternal and neonatal transport: psychosocial implications for practice », *Dimens Crit Care Nurs*, vol. 4, n° 6 (1985), p. 368-379.

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE. *Transport de la mère et du nouveau-né*, Série de formulaires, s.d., chez l'auteur, Montréal.

McDONALD GIBBINS, S.A., et J.S. CHAPMAN. « Holding on: parents' perceptions of premature infants' transfers », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 25, n° 2 (1996), p. 147-153.

NORTHWESTERN ONTARIO WOMEN'S HEALTH INFORMATION NETWORK et RED LAKE WOMEN'S INFORMATION GROUP. *Long Distance Delivery: A Guide to Travelling Away from Home to Give Birth*, Rexdale, Helmsman Press, 1990.

ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION. *Maternal-Fetal Transfer Guidelines*, Toronto, chez l'auteur, 1994.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Maternal/Fetal Transport Guidelines*, second ed., Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1998.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Neonatal Transport*, Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1997.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO. *Perinatal Practice Guidelines*, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1997.

PERINATAL OUTREACH PROGRAM OF SOUTHWESTERN ONTARIO. *Maternal/Fetal Transport: Guidelines for Physicians and Nurses*, London, Ontario, chez l'auteur, 1991.

REPRODUCTIVE CARE PROGRAM OF NOVA SCOTIA. *Maternal/Fetal and Neonatal Transport*, Halifax, chez l'auteur, 1992.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP) (Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né), et SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (Comité de médecine fœto-maternelle). « Démarches thérapeutiques auprès de la mère qui risque d'accoucher d'un bébé très prématuré », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5 (1994), p. 547-551 et p. 553. Publié aussi en anglais sous le titre « Management of the woman with threatened birth of an infant of extremely low gestational age », *Canadian Medical Association Journal*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC) (Comité de médecine fœto-maternelle), *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus*, Ottawa, chez l'auteur, 1992. Publié aussi en anglais sous le titre *Guidelines for Physicians and Nurses in Maternal/Fetal Transport*.

ANNEXE 1

Consultation de la mère pour la collecte des données — dossier de transfert

Date Heure

N° d'assurance santé

Nom de la mère Date de naissance
JOUR/MOIS/ANNÉE

Adresse de la mère
CODE POSTAL

N° de téléphone à domicile Au travail

Proche parent Lien de parenté

Personnes ressources et numéros de téléphone

Médecin de famille
 rés. bur. téléc.

Médecin traitant
 rés. bur. téléc.

Hôpital d'origine
 rés. bur. téléc.

La communication est importante. Veuillez inscrire les numéros de téléphone.

Raison du transfert

Grossesse à terme Travail prématuré Avortement Enfant vivant

Date de la dernière menstruation Date prévue de la naissance Semaines de gestation

Échographies :

date résultats (ou envoyer des copies)

Membranes : intactes rompues

Nitrazine : positive négative

Début du travail contractions dilatation

Saignements Protéinurie Œdème

Infection urinaire Fréquence cardiaque fœtale

Température Pouls T.A.

Titrage des anticorps

Groupe sanguin Rh rubéoleux VDRL

Antécédents obstétricaux (remplir et faire parvenir une fiche prénatale complète et lisible)

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux (allergies, infections, diabète, anémie, hypertension)

.....

Médicaments

.....

Inclure les rapports d'échographie, les radiographies, les résultats d'analyses de laboratoire et les tracés du monitoring fœtal (au besoin)

.....

Si les rapports d'échographie, ou tout autre rapport, ne sont pas accessibles au moment du transport, veuillez les envoyer par télécopieur dans les plus brefs délais.

Observations pendant le trajet

Heure du départ Membre de la famille qui accompagne
 Lien de parenté

HEURE	FRÉQUENCE CARDIAQUE FŒTALE	T.A.	POULS	RESPIRA- TION	CONTRAC- TIONS	COMMENTAIRES
.....
.....
.....
.....

Heure d'arrivée

Signes vitaux à l'arrivée

Température Pouls Respiration

T.A. Réflexes Fréquence
 cardiaque fœtale

État d'avancement du travail

.....

État clinique

.....

Moyen de transport

Signature Date

(PERSONNE ACCOMPAGNATRICE PENDANT LE TRANSFERT)

LA COMMUNICATION EST IMPORTANTE

Le médecin qui a demandé le transfert et la famille de la mère apprécieraient recevoir un appel téléphonique du médecin du centre d'accueil.

Fiche d'information avant le transport néonatal

(Vous devez fournir les renseignements suivants par téléphone à l'hôpital d'accueil.)

Date et heure de l'appel Hôpital d'origine

Nom du médecin ou de la sage-femme
qui demande le transfert

Information sur le nouveau-né

Nom

Diagnostic et raison du transfert

DATE DE NAISSANCE	HEURE	SEXE	POIDS À LA NAISSANCE	NOMBRE DE SEMAINES DE GESTATION	APGAR À 1 MINUTES	APGAR À 5 MINUTES
.....

Réanimation

<i>Respiration :</i>	<i>Compressions :</i>	<i>Médicaments :</i>
Spontanée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ligne de perfusion
Ventilation avec un ballon : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Heure du début :	installée :
O ₂ : <input type="checkbox"/> Oui % <input type="checkbox"/> Non
Intubation : Heure	Heure d'arrêt :
Taille du tube endotrachéal
Succion du méconium sous
les cordes vocales : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Anomalies congénitales

Mesures postnatales

Résultats de laboratoire

Rayons-X

Gas sur le sang du cordon

Renseignements sur la mère

Nom : DDM/DPN

Âge : G T P A L

Groupe sanguin Rh VDRL Rubéole Hémoglobine/
agglutinine

Tuberculose VIH Strept. du groupe B : Pos. Nég. Date

Antécédents obstétricaux

Travail et naissance actuelsSurveillance du fœtus : Oui Non Interne Externe Auscultation pH sanguin du cuir chevelu fœtal Durée du travail : 1^{re} phase 2^e phaseRupture artificielle des membranes Rupture spontanée des membranes

Date Heure Couleur Quantité

Médicaments

.....

Anesthésie

Genre de naissance : vaginale césarienne Présentation

Complications

.....

Date Signature et titre

Source : *Perinatal Practice Guidelines* (PEPEO 1997), adaptation d'un dossier de transport néonatal de l'unité néonatale de soins intensifs de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et d'une fiche de travail du Kingston General Hospital, 1993.

ANNEXE 2

Matériel pour le transport de la mère

MATÉRIEL DE BASE

Avant de quitter l'hôpital, s'assurer que tout l'équipement 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 quels équipements et matériel se trouvent 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 (p. ex., solution aqueuse de Savlon à 1:100)

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.
- Deux ampoules de Vasodilan — 80 mg/ml
- Quatre ampoules de Syntocinon — 10 unités/ml
- Quatre ampoules de gluconate de calcium — 10 % dans 10 ml
- Deux ampoules d'hydralazine, 20mg/amp.
- Deux ampoules de valium, 10mg/amp.
- Indométhacine

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 (pression maximale # 100) et cathéters n° F 10
- Deux clamps pour le cordon
- Deux sacs en plastique (pour le placenta et les déchets)
- Serviettes hygiéniques obstétricales
- Couverture pour le bébé
- Feuille de papier d'aluminium

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
- Tubes endotrachéaux transparents avec sondes et raccords — taille 2:5 à 4
- Épinéphrine 1:10 000 — trois ampoules de 1ml 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

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

Adaptation des *Directives à l'intention des médecins et du personnel infirmier concernant le transport de la mère et du fœtus*, Société des gynécologues et obstétriciens du Canada, Ottawa, 1992.