

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé

Transfert *in utero* : organisation et information

Novembre 2012

ÉVALUATION DE LA FEMME ENCEINTE AU MOMENT DU TRANSFERT *IN UTERO*

AE L'évaluation de la femme enceinte au moment du transfert doit être réalisée par l'obstétricien de l'établissement demandeur, qui prend en charge sur place la patiente. Il est aidé par une sage-femme. Cette évaluation peut se faire en collaboration avec d'autres spécialistes selon la pathologie.

AE La notion d'une pathologie compliquant la grossesse nécessite impérativement l'évaluation de la situation par un obstétricien, qui doit :

- connaître le terme exact de la grossesse et estimer le poids fœtal ;
- être en possession de tous les éléments du dossier de la grossesse ;
- effectuer un examen clinique obstétrical et général complet en ayant pris connaissance de tous les éléments du dossier obstétrical ;
- préciser l'état clinique de la patiente et préciser dans la mesure du possible la pathologie suspectée ;
- avoir interprété un rythme cardiaque fœtal réalisé préalablement au transfert. Cette interprétation doit se faire en fonction de la pathologie que présente la patiente et des risques encourus en cours de transport ;
- réaliser une échographie obstétricale la plus complète possible selon la pathologie (par exemple, une biométrie fœtale pour une prééclampsie, localisation placentaire pour métrorragies) ;
- mettre en place les thérapeutiques préconisées pour le transport dont il transmet précisément au médecin transporteur la nature et les posologies.

ORGANISATION DU TRANSFERT

AE L'indication de transfert doit être une décision médicale relevant d'un accord entre le médecin demandeur (qui doit être présent auprès de la patiente) et le médecin receveur puis, si le transport est médicalisé, entre le médecin régulateur du SAMU (et/ou cellule de périnatalité) et le médecin transporteur du SMUR.

Le dialogue entre les différents intervenants (conférence à trois) doit valider l'indication, le degré d'urgence du transfert, définir le niveau de surveillance et de soins et vérifier l'adéquation de la pathologie présumée avec le service receveur.

En cas d'évolution de la situation à l'arrivée du SMUR, la réalisation du transfert peut être rediscutée dans le cadre d'une conférence (médecin demandeur, médecin receveur, médecin régulateur, médecin SMUR).

AE Il est recommandé que les médecins seniors des structures impliquées dans le transfert :

- soient informés de l'état clinique maternel et fœtal (communication par téléphone et données disponibles sur papier) ;
- et transmettent l'information aux professionnels impliqués (pédiatres, néonatalogistes, médecins urgentistes, obstétriciens).

AE Il est recommandé d'éviter au maximum une séparation mère-enfant.

INFORMATION DE LA FEMME ENCEINTE

AE Il est recommandé qu'une information sur l'existence de l'organisation des soins en réseau périnatal et de l'éventualité d'un transfert *in utero* soit donnée à toute femme enceinte dès l'entretien prénatal précoce, lors des consultations prénatales et des séances de préparation à la naissance.

AE L'information des femmes enceintes qui nécessitent un transfert en urgence est indispensable et doit comporter un temps de réponse aux questions de la femme enceinte. Elle doit porter sur :

- l'état de santé de la patiente, la pathologie maternelle et/ou fœtale motivant l'indication du transfert et son (leurs) évolution(s) la(les) plus probable(s) ;
- la description, le déroulement et l'organisation des soins envisagés et de l'existence ou non d'une alternative ; leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence ; les bénéfices escomptés ; les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ; les conseils au patient et les précautions qui lui sont recommandées ;
- le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées ;
- sans omettre dans le cas du transfert *in utero* toujours possible, le retransfert vers la maternité d'origine dans les cas où la naissance n'a finalement pas eu lieu et/ou la pathologie est stabilisée.

AE L'information doit être adaptée à la réceptivité de la patiente. Dans la mesure du possible, il faut s'assurer de sa bonne compréhension des enjeux.
Il est recommandé aux professionnels de santé d'obtenir le consentement éclairé de la femme enceinte pour le transfert *in utero* comme pour tout acte de soin.

AE Il est recommandé que les nombreux professionnels de santé informent la femme enceinte des éléments relevant de son domaine de compétences de manière coordonnée avec les autres intervenants, en les situant dans la démarche générale de soin.

AE Il est recommandé d'obtenir l'accord de la femme enceinte avant de délivrer l'information à ses proches (conjoint et personnes de confiance désignées par la femme enceinte).
Avant de procéder au transfert *in utero*, il est recommandé de communiquer à la femme enceinte et à son entourage, si elle le souhaite, les informations suivantes :

- motif du transfert, qu'il soit d'ordre médical ou organisationnel ;
- mode de transport (type de vecteur) prévu pour le transfert ;
- renseignements sur l'équipe de professionnels de santé qui prend en charge la femme enceinte ;
- coordonnées de l'équipe : adresse, numéro de téléphone, site Internet de l'établissement ;
- différentes options d'hébergements proches de l'établissement où sera hospitalisée la femme enceinte et possibles pour l'entourage.

Le dossier médical doit contenir la trace de l'information et du consentement éclairé.

AE Il est important que la femme enceinte soit informée dès la décision de transfert *in utero* de la possibilité d'un retransfert vers la maternité d'origine ou vers une autre maternité du réseau adaptée à l'état de la grossesse et du fœtus, au fil de l'évolution.

PRISE EN COMPTE DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE LA FEMME ENCEINTE ET DE SON ENTOURAGE

AE

Lors de toute décision de transfert, il est nécessaire de vérifier pour la femme enceinte :

- sa situation familiale : prise en charge des autres enfants ;
- les complications pratiques et d'organisation engendrées par ce transfert ;
- sa compréhension du motif de transfert et du bénéfice attendu.

Pour les femmes enceintes vivant dans les zones très isolées, tout risque identifié justifie son rapprochement auprès d'une maternité adaptée au risque.

AE

Il est nécessaire, au moment du transfert, de :

- s'assurer que la femme enceinte peut s'organiser si la maternité est loin de son domicile, avec l'aide éventuelle de l'entourage (père, proches) ;
- susciter des questions de sa part ;
- s'assurer la présence d'une aide en rapport avec les situations devant bénéficier de l'intervention d'une assistante sociale, du personnel de la protection maternelle infantile, d'un psychologue ou d'un psychiatre.

Ces femmes enceintes doivent être prises en charge par une équipe multidisciplinaire dans un réseau organisé, qui doit décider conjointement de leur transfert très en amont de la date présumée de leur accouchement, idéalement dès le deuxième trimestre.

LES INFORMATIONS ENTRE LES ACTEURS DE RÉSEAU DE PÉRINATALITÉ

AE

Il est recommandé que les éléments nécessaires à l'organisation du transfert *in utero* soient transmis sous forme d'un dossier médical partagé informatisé. À défaut, une fiche de liaison ou une lettre de synthèse détaillée peuvent être utilisées.

AE

Tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la grossesse doivent être informés de l'événement intercurrent.

Il est recommandé que l'établissement receveur fasse très rapidement un retour d'information (sur le devenir de la femme et du nouveau-né) auprès de l'établissement demandeur.

LES INFORMATIONS QUE DOIT CONTENIR LE DOSSIER MÉDICAL LORS D'UN TRANSFERT

AE

Le dossier doit comprendre tous les éléments qui permettent d'assurer la continuité des soins, ainsi que le motif du transfert et les coordonnées de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la femme enceinte bénéficiant du transfert *in utero*.

Ce dossier doit être transmis au service receveur avec l'accord de la femme enceinte.

AE

Ce dossier médical doit contenir :

- les informations communes standardisées au niveau national ;
- le contenu des différentes consultations prénatales et des hospitalisations :

- ▶ examen clinique,
- ▶ bilans biologiques, en particulier la carte de groupe sanguin et les dernières recherches des anticorps anti-érythrocytaires irréguliers,
- ▶ clichés et comptes-rendus d'échographies fœtales,
- ▶ les différentes thérapeutiques administrées tout au long de la grossesse.

AE	<p>Le dossier médical doit être complété lors d'un transfert <i>in utero</i> par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le motif du TIU ; ■ l'état clinique de la patiente ; ■ l'état fœtal au moment du TIU (poids, échographies, enregistrement du rythme cardiaque fœtal) ; ■ le degré d'urgence du TIU ; ■ les coordonnées du médecin ou de la sage-femme ayant suivi le début de la grossesse ; ■ les coordonnées de la personne de confiance choisie par la patiente ; ■ l'identification des professionnels et les coordonnées des établissements qui ont organisé le transfert (adresseurs, receveurs, cellule d'orientation).
-----------	---

AE	Le dossier médical doit contenir la trace de l'information et du consentement éclairé de la femme enceinte.
-----------	---

Les pathologies : Entrée en travail prématuré, Rupture prématurée des membranes ; Retard de croissance intra-utérin ; Grossesses multiples sont présentées dans la fiche de synthèse « Critères d'indications de transfert pédiatriques ».

Les pathologies : Prééclampsie ; Éclampsie ; HELLP syndrome ; Hémorragie du *post-partum* immédiat ; Placenta prævia et accreta ; Placenta vasa prævia sont détaillées dans la fiche « Critères d'indications de transfert maternel ».

D'autres pathologies et situations sont détaillées dans la recommandation « Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé ».

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie	C	Faible niveau de preuve
B	Présomption scientifique	AE	Accord d'experts