

Ce qu'est un Avis

L'Avis exprime opinion et conseil à propos des connaissances de pointe disponibles sur un sujet donné dans un document synthétique. Il est produit sous forme de synthèse avec le souci de répondre rapidement et brièvement à une préoccupation clinico-administrative provenant d'un gestionnaire membre du Consortium pour soutenir les orientations de travaux d'amélioration. L'Avis alimente donc la réflexion mais une recension plus approfondie des meilleures connaissances sera généralement nécessaire pour le compléter, qu'elles proviennent d'écrits, de pratiques ou d'avis d'experts.

Niveau de fiabilité

- L'Avis reflète l'opinion de l'auteur et n'engage que lui.
- L'Avis reflète l'opinion de l'auteur et des personnes suivantes qui en ont validé le contenu : Mme Emmanuelle Jean, inf, Ph. D.

Provenance de la demande : CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Légende des icônes

Contribution possible du Consortium 
Point important d'attention 

Quelles sont les solutions associées au transfert inter-établissement lors d'un accouchement dans le cas d'une rupture de service en chirurgie ou en anesthésie ?**Mise en contexte**

Le survol des écrits permet d'identifier des publications grises et scientifiques qui pourraient répondre à la question.

Les publications grises apportent des réponses sous la forme de considérations pratiques et de protocoles établis souvent par consensus dans un contexte donné. Les publications scientifiques évoquent plutôt des critères normalisés qui devraient être intégrés dans les protocoles à mettre en place.

 L'INESSS a publié un important ouvrage de synthèse en 2012¹. L'Institut recommande de produire un plan d'action s'appuyant sur cette recension pour réduire les interventions obstétricales évitables. Les autres sources rapportées ici ont été publiées depuis ce rapport.

Avis en résumé

À la lumière des écrits consultés, les solutions pourraient être regroupées en quatre actions principales.

- Prévenir le recours au transfert inter-établissement en réduisant les interventions évitables d'anesthésie ou de chirurgie.
- Prévenir le recours au transfert inter-établissement en réduisant la rupture de services, grâce notamment à une conception régionale plutôt que locale des services d'anesthésie ou de chirurgie.
- Déterminer une procédure qui englobe le transfert inter-établissement en s'appuyant sur 
 - des parcours associés aux niveaux de risque ;
 - des critères cliniques ;
 - des délais optimaux d'intervention ;
 - les bonnes pratiques de transfert inter-établissement ;
 - ainsi qu'un consensus entre les parties prenantes.
- Envisager de préciser le parcours pour orienter les femmes ou les enfants à risque vers un hôpital ayant les ressources requises en cas de rupture de service dans l'hôpital de proximité.

Utilisation adéquate des interventions pour atténuer le besoin d'un transfert inter-établissement

- L'adoption des meilleures pratiques d'intervention pour les femmes à faible niveau de risque contribue à réduire le recours inapproprié à des interventions et à accroître la sécurité des femmes^{i,ii}.
- Ces interventions comprennent surtout^{i,ii} : l'analgésie péridurale et la gestion de la douleur ; la surveillance fœtale électronique ; le déclenchement et l'accélération du travail ; la césarienne ; et les interrelations entre les précédentes interventions.

- L'implantation d'*audits* suivis de rétroactions réduirait légèrement mais significativement le taux des césariennes sans croissance de la morbidité ou de la mortalitéⁱⁱⁱ.

Conception des services au plan régional plutôt que local

- Un groupe de médecins canadiens^{iv} recommande de concevoir les services chirurgicaux sous un angle régional plutôt que par installation, où les petites salles d'opération sont reconnues comme des extensions des services offerts dans les départements des hôpitaux spécialisés. Cela se traduit par des services offerts par une équipe chirurgicale bien intégrée et équilibrée par sa complémentarité, incluant des chirurgiens de proximité. Le groupe reconnaît l'importance que les interventions chirurgicales soient effectuées dans l'établissement le plus proche de la résidence du patient, tout en respectant la complexité de la procédure, le niveau de risque et la disponibilité des cliniciens. Les signataires y voient un modèle de réseautage efficace, efficient et durable pour la prestation de soins chirurgicaux en milieu rural.

Détermination d'une procédure de transfert appuyée sur les bonnes pratiques de transfert inter-établissement, des critères cliniques et des délais optimaux d'intervention

Règles de transfert entre établissement

- La formalisation des pratiques, appuyée sur les meilleures connaissances, en cas de transfert inter-établissement s'avère bénéfique pour des usagers gravement malades ou à fort risque^v et les femmes lors de l'accouchement^{vi}.
- La HAS^{vii} énonce des recommandations, fruits principalement de consensus d'experts, sur
 - Les principes d'organisation des transferts.
 - Les informations et contacts préalables.
 - L'évaluation de la femme enceinte.
 - Les contre-indications au transfert.
 - L'organisation du retransfert.
 - Les pathologies (obstétricales, fœtales et non obstétricales).
- Une femme sur le point d'accoucher devrait bénéficier d'un accompagnement médical pendant un transfert inter-établissement^{viii}.
- La collaboration interprofessionnelle entre les cliniciens des différents milieux d'accouchement apparaît comme un point essentiel au transfert réussi entre un milieu de naissance hors hospitalier et l'hôpital^{ix}.

Temps normal de travail

- Des repères sont connus quant au temps normal moyen du travail (ex. : faible risque en contexte peu interventionniste : 14h primipare ; 7h15 multipare)^x.

Gestion de la douleur

- Des écrits se penchent sur le moment idéal pour une analgésie péridurale, donnée plus tôt ou plus tard lors du travail, sans pouvoir identifier des effets différents sur le risque de césarienne, d'un accouchement instrumental, de la durée de la seconde phase du travail, du score Apgar, du pH artériel ou veineux, le meilleur temps étant celui du moment de la requête par la mère en absence de contre-indication^{xi}.
- D'autres avenues de gestion de la douleur pourraient être envisagées^{xi,xii}.

Césarienne

- Des publications récentes émettent des recommandations selon^{xii,xiii} :
 - Les niveaux d'urgence.
 - La justification.
 - L'organisation anesthésique.
 - L'expérience de la mère.
- La règle apparente d'un délai de 30 minutes ne semble s'appuyer sur aucune preuve solide et une période allant jusqu'à 75 minutes pourrait demeurer sécuritaire dans certains cas^{xii}.
- Des recommandations sont formulées pour les femmes ayant déjà eu une césarienne^{xiv}.

Détermination de parcours basés sur le niveau de risque

- La détermination du niveau de risque s'appuie sur une série de conditions associées à des complications majeures pour la mère et l'enfant, dont plusieurs font consensus^{i,xii}.
- La détermination d'un faible niveau de risque est associée à une grossesse à terme (> 37 sem.)ⁱⁱ.
- Un service dirigé par une sage-femme, à domicile ou non, pour des femmes à faible risque de complications, apparaît plus avantageux pour réduire les interventions évitables^{xv}.
- Les principales raisons de transfert d'un milieu hors hospitalier vers un hôpital, pendant l'accouchement, sont un travail prolongé ou la détresse fœtale^{xvi}, ainsi que la demande d'une analgésie péridurale^{vi}.
- La définition d'un transfert urgent varie d'un auteur à l'autre. La définition suivante a été préférée par les auteurs d'une récente revue systématique^{xvi,p.9} :
 - « orientation pour une complication qui ne peut pas être traitée en soins primaires et qui nécessite un diagnostic immédiat ou un traitement en soins secondaires (mère : détresse fœtale, problèmes placentaires, présentation anormale avec rupture de membranes, hémorragie post-partum > 1000 ml ,

mort fœtale intrapartum ; nouveau-né : score Apgar postnatal précoce > 7 à 5 minutes, problèmes

respiratoires, malformations congénitales nécessitant des soins immédiats) ».

Le Consortium de transfert de connaissances InterS4 regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, animé par l'UQAR en collaboration avec l'UQAT. Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des CISSS en région grâce à un partenariat appuyé sur l'utilisation stratégique des connaissances de pointe. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Le courtage de connaissances est un outil appliqué du transfert de connaissances, efficace pour répondre à des problèmes prioritaires en soutenant la prise de décision ou le changement de pratiques. Il emploie pour ce faire des connaissances de pointe provenant d'écrits, de pratiques ou d'avis d'experts.

- i INESSS, Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, 2012 - <http://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/mesures-prometteuses-pour-diminuer-le-recours-aux-interventions-obstetricales-evitables-pour-les-f.html>
- ii ROSSIGNOL, M. et coll., Interrelations Between Four Antepartum Obstetric Interventions and Cesarean Delivery in Women at Low Risk: A Systematic Review and Modeling of the Cascade of Interventions, *Birth*, 2014, 41(1) : 70-78 - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12088/epdf>
- iii CHAILLET, N. et coll., A Cluster-Randomized Trial to Reduce Cesarean Delivery Rates in Quebec, *N ENGL J MED*, 2015, 372 : 1710-1721 - <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1407120>
- iv IGLESIAS, S. et coll., Joint position paper on rural surgery and operative delivery, *Can J Rural Med*, 2015 Fall, 20(4) : 129-38 - <https://pdfs.semanticscholar.org/6a47/ea1e973226594d420b7b05639a5b9ef363a4.pdf>
- v National Institute for Health and care Excellence (NICE), Chapter 34 Standardised systems of care for intra- and inter-hospital transfers Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation – Draft for consultation, July 2017, 48 p. - <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0734/documents/draft-guideline-34>
- vi LUNDEEN, T., Intrapartum and Postpartum Transfers to a Tertiary Care Hospital from Out-of-Hospital Birth Settings: A Retrospective Case Series, *J Midwifery Womens Health*, 2016, 61:242-248 - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12447/epdf>
- vii Haute autorité de santé (HAS), Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé – Recommandations, novembre 2012, 70 p. - https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_reco_transfert_en_urgence.pdf
- viii MSSS, Guide de gestion de l'urgence, 2006 - <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>
- ix VEDAM, S. et coll., Transfer from Planned Home Birth to Hospital : Improving Interprofessional Collaboration, *J Midwifery Womens Health*, 2014, 59 : 624-634 - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12251/epdf>
- x HILDINGSSON, H. et coll., How Long Is a Normal Labor? Contemporary Patterns of Labor and Birth in a Low-Risk Sample of 1,612 Women from Four Nordic Countries, *Birth*, 2015, 42(4) : 346-353 - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12191/epdf>
- xi SNG B.L. et coll., Early versus late initiation of epidural analgesia for labour, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, Issue 10. Art. No.: CD007238 - <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007238.pub2/epdf/standard>
- xii HOMER, C.S.E. et CATLING-PAULL, C., Safe timing for an urgent Caesarean section: what is the evidence to guide policy?, *Aus. Health Rev.*, 2012 : 277-281 - <https://search.proquest.com/docview/1615162314/fulltextPDF/FEED03D92B574B94PO?accountid=14720>
- xiii MOREAU, E., Césarienne en extrême urgence : définition des niveaux d'urgence, justification, optimisation de l'organisation anesthésique et de l'amélioration du vécu de la patiente, *Douleur analg.*, 2016, 29 : 73-77
- xiv SENTILHES, L. et coll., Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF), *Eur. J. Obs. & Gyn. Reprod. Biol.*, 2013, 170 : 25-32 - https://ac.els-cdn.com/S0301211513002467/1-s2.0-S0301211513002467-main.pdf?tid=787929a2-daba-11e7-ad8d-00000aacb362&acdnat=1512588188_59e2a1bae9f04973049fb434332d5022
- xv DE JONGE, A. et coll., Mode of birth and medical interventions among women at low risk of complications: A cross-national comparison of birth settings in England and the Netherlands, *PLoS ONE*, 12 (7) - <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0180846&type=printable>
- xvi BLIX, E., et coll., Transfer to hospital in planned home births : a systematic review, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14 (179) - <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-179?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>