

# **Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts interhospitaliers médicalisés**

**Décembre 1992**

## **Membres du groupe de travail Ad Hoc**

Pr P. Carli (Paris) Directeur du groupe

Pr F. D'Athis (Montpellier), Dr P. Barriot (Nogent-le-Rotrou), Pr J.J. Buffat (Lyon), Dr M. Dubouloz (Marseille), Dr J.M. Fontanella (Montluçon), Dr M. Giroud (Pontoise), Dr P. Goldstein (Lille), Dr D. Jannière (Paris), Dr Y. Lambert (Créteil), Dr C. Lapandry (Bobigny), Dr J. Marland (Niort), Dr R. Menthonnex (Grenoble), Pr P. Petit (Lyon), Dr H. Tonellier (Epinal)

## **Préambule**

Dans le but de contribuer à la sécurité optimale des patients transférés d'un lieu d'hospitalisation à un autre par une équipe médicale, la Société Française d'Anesthésie Réanimation recommande une prise en charge et une surveillance fondées sur les éléments détaillés dans ce document.

Les transferts médicalisés s'adressent à des patients atteints d'une détresse vitale patente ou potentielle, ou dont le pronostic fonctionnel est gravement menacé. Ils sont motivés par l'admission dans un service ou une unité de réanimation, un transfert postopératoire immédiat, la pratique d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques non réalisables sur place.

Ces recommandations portent sur l'organisation des transferts, leur déroulement, la surveillance, le matériel et les personnels. Leur principe général est la continuité de la chaîne des soins et de la surveillance au cours du transfert.

Ne seront pas envisagées dans ces recommandations, les particularités spécifiques des transports de nouveau-nés, de malades psychiatriques ou celles des transports impliquant une logistique particulière pour un déplacement à très longue distance ou dans des circonstances de catastrophe.

## **I - Modalité d'organisation des transferts**

La décision de transfert est prise conjointement par les médecins concernés qui en partagent la responsabilité :

- le médecin en charge du patient dans l'unité de départ, qui a réalisé l'évaluation médicale initiale et qui demande le transfert;
- le médecin du service receveur, qui donne son accord pour prendre en charge le patient, précise son lieu d'accueil et assure la continuité des soins;
- le médecin régulateur, qui organise le transfert en accord avec le médecin qui l'effectue. Il détermine les moyens en matériel et en personnel les plus adaptés pour réaliser le transfert dans les meilleures conditions, compte tenu des ressources disponibles et des données d'évaluation du patient.

## **II - Soins et surveillance au cours du transfert**

## **Dans l'unité de départ**

Le médecin responsable du patient transmet au médecin qui va assurer le transport le dossier médical et un résumé de l'observation. Avant de quitter cette unité, le médecin réalisant le transport évalue l'état du patient et adapte les soins en cours et les éléments de surveillance aux circonstances du transport. Ces données sont transmises au médecin régulateur. Dans certains cas elles peuvent amener à faire reconsidérer l'indication, les modalités ou la destination du transfert. En cas de litige le médecin régulateur organise une nouvelle concertation entre les médecins concernés et il prend la responsabilité de la décision finale.

## **Au cours du transport**

Le patient est soumis à une surveillance médicale constante et adaptée à son état. Elle porte sur des éléments cliniques permettant de détecter une détresse vitale : fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, pression artérielle, conscience, température, diurèse. Des éléments spécifiques de surveillance peuvent être nécessités par la pathologie dont est atteint le patient et/ou par les thérapeutiques entreprises et poursuivies au cours du transport. La surveillance clinique est complétée par une surveillance instrumentale comprenant l'observation continue de l'électrocardiogramme, et lorsque l'état du patient le requiert, le monitoring non invasif de la pression artérielle et celui de la saturation en oxygène. Cette surveillance instrumentale sera particulièrement renforcée lorsque la surveillance clinique est gênée par les circonstances et/ou la logistique du transport. Il est recommandé d'accorder une attention toute particulière à la surveillance des paramètres vitaux au décours des mobilisations du patient notamment du lit au brancard et réciproquement.

## **Dans l'unité d'arrivée**

Le patient est confié à un médecin de ce service qui le prend en charge. Une transmission verbale et écrite est effectuée. Elle est consignée dans un compte rendu de transport, établi en double exemplaire, dont l'un sera conservé par l'organisme chargé du transport. Ce compte rendu comprend les éléments suivants :

- identification du patient, horaires, date du transport;
- désignation de l'équipe médicale, du médecin responsable, de son appartenance;
- origine et destination du patient;
- pathologie et motif du transport;
- gestes thérapeutiques effectués au cours du transport et leur justification;
- paramètres de surveillance cités plus haut, notés à intervalle régulier au cours du transport et complétés, si l'état du patient le nécessite, par des éléments spécifiquement en rapport avec la pathologie.

## **III - Matériel nécessaire :**

Le moyen de transport choisi doit être équipé du matériel d'anesthésie-réanimation de base nécessaire pour prendre en charge une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique et un arrêt cardio-respiratoire. Ce matériel permet notamment de réaliser une intubation endo-trachéale, un drainage pleural, la mise en place d'une perfusion intraveineuse, l'administration des médicaments utilisés en urgence. Les médicaments nécessaires au traitement spécifique de la pathologie en cause doivent être ajoutés lorsqu'ils ne font pas partie de la dotation précédente.

Le matériel recommandé pour l'équipement minimum du moyen de transport comprend :

### **1 - au plan respiratoire**

une quantité d'oxygène en bouteille adaptée à la durée du transfert

- un respirateur automatique de transport permettant la ventilation en pression positive télé-expiratoire. Il est muni d'une alarme de débranchement. Un insufflateur manuel de secours est aussi nécessaire;

- un aspirateur électrique de mucosités et un dispositif manuel de secours;
- un oxymètre de pouls;

## **2 - au plan circulatoire**

- un électrocardioscope avec un enregistreur du tracé ECG et un défibrillateur;
- un appareil de mesure automatique non invasive de la pression artérielle;
- un dispositif de perfusion à débit continu tel qu'un pousse-seringue électrique (en double exemplaire, ou a 2 voies)
- Ces appareils doivent être autonomes en énergie pour la durée du transport, portables et munis d'alarmes.

## **3 - au plan locomoteur**

- un matelas à dépression ("coquille") et un dispositif spécifique d'immobilisation du rachis cervical;
- un brancard adapté au transport du malade, à sa contention, à son monitoring, ainsi qu'à la disposition du matériel nécessaire à sa thérapeutique.

### **Dans un but thérapeutique les éléments suivants peuvent être nécessaires :**

- un dispositif d'entraînement électrosystolique externe et/ou un boîtier de stimulation interne;
- un pantalon antichoc;
- un dispositif d'immobilisation et/ou de traction du fémur;
- un accélérateur de perfusion.

### **Des matériels complémentaires**

peuvent être nécessaires lorsque l'état du patient le requiert et de ce fait être disponibles dans l'unité chargée de réaliser le transport :

- un spiromètre adaptable au respirateur;
- un moniteur du CO<sub>2</sub> expiré;
- un appareil de mesure du micro-hématocrite et/ou de l'hémoglobine ainsi que de la glycémie;
- un moyen de prévention de l'hypothermie.

## **IV - Moyens de transport**

Le moyen de transport est choisi par le médecin régulateur en accord avec le médecin qui effectue le transport. Ce moyen peut être terrestre ou aérien, mais il doit en tout cas être adapté à la pathologie, et en particulier permettre les gestes thérapeutiques en cours de transport justifiés par l'état du patient. Il doit aussi être adapté à la distance à parcourir, à la durée prévue du transport, et être compatible avec le contexte logistique (disponibilité, météorologie).

Le transport routier est réalisé à l'aide d'un véhicule conçu pour ce type de mission. Il constitue une unité mobile hospitalière ou son équivalent. Les moyens aériens sont constitués par des hélicoptères ou des avions spécialement pré-équipés, conçus et réservés aux transports sanitaires, ou à défaut équipés pour la mission avec le matériel décrit plus haut.

Le moyen de transport, terrestre ou aérien, est équipé d'une alimentation électrique permettant le branchement des équipements. Le cas échéant il permet la réalisation de transports exceptionnels nécessitant la mise en place d'une assistance respiratoire ou circulatoire complexe. Il dispose d'un équipement radio ou radiotéléphonique permettant d'entrer en contact avec le médecin régulateur et de l'informer des modifications éventuelles de l'état du patient.

## V - Personnels de l'équipe de transfert

Hormis le conducteur ambulancier ou le pilote de l'engin, l'équipe du transfert médicalisé comprend un médecin et un aide.

Les compétences du médecin doivent être adaptées à l'état du patient et aux circonstances du transport. L'aide est représenté au mieux par un infirmier anesthésiste diplômé d'état, un infirmier diplômé d'état ou à défaut par un auxiliaire de santé. Cette équipe pourra être complétée par un médecin et/ou un auxiliaire en formation.

Le médecin qui effectue le transfert :

- connaît, recense et vérifie le matériel nécessaire au transport;
- organise le travail de l'équipe;
- évalue le patient, informe le médecin régulateur;
- prodigue les soins nécessités par l'état du patient;
- est chargé de la surveillance du patient et s'assure de la continuité des soins spécialisés pendant le transport;
- rédige le compte rendu de transfert et rend compte au médecin régulateur.

Dans le cas où les unités assurant les transferts interhospitaliers médicalisés ne seraient pas conformes à ces recommandations, la SFAR conseille aux médecins responsables de réaliser en accord avec les services administratifs concernés un plan permettant leur mise en conformité au plus tard le 1er mars 1994.

## Bibliographie

### Textes législatifs français

Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires (JO du 7 janvier 1986)

Décret n°86-1263 du 9 décembre 1986 portant modifications de certaines dispositions du code de la route et relatif aux véhicules d'intervention urgente (JO du 11 décembre 1986)

Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental d'aide médicale urgente et des transports sanitaires (JO du 1er décembre 1987 et BO 87-89)

Décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres (JO du 1er décembre 1987 et BO 87-49)

Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (JO du 17 décembre 1987 et BO 87-51)

Arrêté du 25 novembre 1985 déterminant la nature et les conditions d'utilisation des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence dont doivent disposer certains établissements hospitaliers (JO du 5 décembre 1985) Arrêté du 20 janvier 1987 relatif à la signalisation complémentaire des véhicules d'intervention urgente et des véhicules à progression lente (JO du 12 février 1987)

Arrêté du 30 octobre 1987 relatif aux dispositifs spéciaux de signalisation des véhicules d'intervention urgente (JO du 20 novembre 1987)

Arrêté du 2 novembre 1987 modifiant l'arrêté du 3 juillet 1974 relatif aux avertisseurs sonores spéciaux des véhicules "ambulances" (JO du 20 novembre 1987)

Arrêté du 3 novembre 1987 portant approbation du cahier des charges relatif à l'homologation des rampes spéciales de signalisation et des signaux sonores des véhicules prioritaires (JO du 20 novembre 1987)

Arrêté du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires (JO du 10 janvier 1988)

Arrêté du 22 février 1988 fixant les conditions demandées aux véhicules et aux installations matérielles affectées aux transports sanitaires terrestres (JO du 26 février 1988)

Arrêté du 23 février 1988 modifiant l'arrêté du 21 août 1980 relatif aux visites techniques des véhicules des entreprises de transports sanitaires agréées et des véhicules des services publics effectuant des transports sanitaires (JO du 5 mars 1988 et BO 88-9)

Arrêté du 23 septembre 1988 modifiant l'arrêté du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires et l'arrêté du 22 février 1988 fixant les conditions demandées aux véhicules et aux installations matérielles affectés aux transports terrestres (JO du 30 septembre 1988)

Arrêté du 21 mars 1989 relatif à l'enseignement, aux épreuves et à la délivrance du certificat de capacité d'ambulancier (JO du 3 mai 1989 et BO 89-22)

Circulaire DGS du 27 juillet 1967 relative aux évacuations sanitaires secondaires

Circulaire DGS/3E/1028 du 10 novembre 1989 relative à la signalisation spéciale des véhicules d'intervention urgente (non parue au JO)



**Retour à la Page d'Accueil de la SFAR**