

5.1.32. Procédure d'accompagnement pour un transfert interétablissements

HSE	HSJ	CMSSSA	HML	Création	Révision	Adoption CECMDPSF
√	√	√	√	2013-11-06	2023-04-06	2024-12-02

1. Objectif

- Assurer la sécurité du traumatisé et la qualité des soins qui lui sont donnés.
- Effectuer les transferts interétablissements le plus rapidement possible de manière sécuritaire et conformément aux ententes.
- Respecter les règles édictées par les ordres professionnels.

2. Procédure et rôle des intervenants — Transfert vers un centre tertiaire

Lorsque la décision de transférer un usager vers le centre tertiaire est prise (se référer aux ententes en vigueur entre le CISSS des Laurentides et les divers centres receveurs), la procédure suivante doit être suivie :

2.1. Demande de l'ambulance

- Demander une ambulance en **priorité 2** en spécifiant au répartiteur qu'il s'agit d'un **traumatisé**.

2.2. Communiquer avec le centre receveur

- La communication doit se faire d'urgentiste à *Trauma team leader (TTL)*, et non pas d'urgentiste à spécialiste).
- Consignation des informations pertinentes au transfert sur la feuille de transfert inter hospitalier (nom du médecin receveur acceptant le transfert, heure, informations communiquées, recommandations données par le centre receveur, etc.).

2.3. Suivre les procédures générales selon le guide de gestion de l'urgence

- La responsabilité du transfert d'un usager vers un autre centre hospitalier revient au médecin qui transfère l'usager¹.
- En vertu des rôles de centres primaires et secondaires désignés, tous les transferts vers un centre tertiaire obligent un contact d'urgentiste à *TTL* pour le transfert de prise en charge. Aucun droit de refus n'est possible si l'usager répond aux critères établis et après discussion entre les deux médecins d'urgence. L'infirmière responsable de l'usager s'assure de communiquer un rapport verbal ou écrit sur l'état de l'usager à l'attention de l'infirmière du centre receveur.
- Le médecin traitant a la responsabilité de stabiliser la condition médicale de l'usager avant son transfert. En présence d'une condition médico-chirurgicale urgente chez un traumatisé qui menace immédiatement un organe vital ou la vie, le transfert doit être fait après stabilisation.
- La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du traumatisé n'entraîne pas son décès ou une atteinte sérieuse de ses fonctions ou de ses organes.
- La stabilisation de l'usager avant le transfert doit comprendre, lorsque cela est requis :

- Le maintien de la perméabilité des voies aériennes ;
 - Le contrôle d'une hémorragie ;
 - L'immobilisation adéquate du traumatisé ou de ses membres ;
 - L'établissement d'un accès veineux pour l'administration d'un soluté ou d'une transfusion sanguine ;
 - L'administration de la médication nécessaire ;
 - Les mesures nécessaires assurant la stabilité optimale durant le transfert.
- Si l'état d'un traumatisé nécessite un transfert, le médecin traitant doit établir les besoins en ce qui a trait à l'escorte : médecin, infirmier, inhalothérapeute, etc. Des mécanismes assurent la disponibilité rapide de l'escorte dans un délai de moins de trente minutes et son remplacement dans l'unité d'urgence, le cas échéant.
 - Le médecin traitant doit inscrire au dossier les ordonnances nécessaires pour assurer le bon déroulement du transfert du traumatisé. Une copie du dossier de l'urgence, les résultats des examens de laboratoire disponibles ainsi que des radiographies récentes et un résumé des éléments pertinents du dossier antérieur doivent accompagner le traumatisé. Lorsqu'il y a escorte professionnelle, celle-ci doit utiliser un formulaire sur lequel sont inscrites les prescriptions médicales, les notes durant le transfert et l'état du traumatisé au moment de la prise en charge dans le centre de destination. Une copie du formulaire est laissée dans le centre de destination et la copie originale doit être insérée au dossier de l'établissement qui effectue le transfert.
 - L'escorte peut communiquer au besoin avec le médecin de l'unité d'urgence durant le transfert via cellulaire ou radio des paramédics.

2.4. Préciser l'équipe de transfert

- Personnel infirmier en tout temps. L'assistante infirmière est responsable de s'assurer de la disponibilité d'une infirmière pour effectuer le transfert et doit tenter de trouver un(e) remplaçant(e) temporaire pour assurer la relève pendant le transfert.
- Inhalothérapeute au besoin.
- Idéalement, l'infirmière qui accompagne le patient lors du transfert doit être une infirmière qui a pris en charge le patient initialement afin de favoriser la continuité des soins. Le même principe pour l'inhalothérapeute.
- Médecin au besoin :
 - Médecin désigné par installation et par quart de travail (Tableau 1) ;

	HSE	HSJ	CMSSSA	HML
Jour	Médecin traitant	Médecin traitant Si indisponible, médecin observation ou volant	Médecin coordonnateur	Médecin en charge Si indisponible, médecin observation volant
Soir	Médecin traitant	Médecin traitant Si indisponible, médecin volant	Médecin coordonnateur	Médecin en charge Si indisponible, médecin ambulatoire
Nuit	Médecin traitant	Médecin traitant	Médecin coordonnateur	Médecin assigné aux transferts

- Le Collège des médecins du Québec a établi des critères qui exigent une présence médicale au cours d'un transfert inter établissement. Les usagers suivants doivent bénéficier d'un accompagnement médical, notamment :
 - Tout traumatisé ayant présenté un arrêt cardio-respiratoire durant son séjour à la salle d'urgence du centre référant
 - Tout traumatisé présentant une instabilité des signes vitaux ou neurologiques
 - Détresse respiratoire sévère :
 - Fréquence respiratoire > 32/min ou < 8/min
 - Saturation en oxygène < 90 %
 - Cyanose
 - Bradycardie symptomatique : < 45/min
 - Hypotension artérielle : systolique <85 mm Hg
 - Signes neurologiques : Altération de l'état de conscience susceptible de mettre en danger la perméabilité des voies aériennes
 - Tout traumatisé intubé qui risque de présenter des complications durant le transfert.
 - Tout traumatisé présentant une affection qui risque, durant le transfert, d'entraîner le décès ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes.
 - Toute situation jugée pertinente par le médecin de l'urgence.

2.5. Préparer le patient et le matériel de transfert approprié

- Préparation de l'usager (ne doit pas retarder le départ du patient à moins d'une condition urgente à remédier préalablement au transfert [ex ; drain thoracique, hémorragie externe, etc.] :
 - O₂ 100 %
 - Accès I. V. fonctionnels
 - Levine et sonde urinaire si patient intubé
 - Immobiliser les fractures le mieux possible
 - Pansements compressifs sur plaies qui saignent [ex. : cuir chevelu]
 - Couvertures chaudes
- Préparation du matériel et de la documentation à apporter [ne doit pas retarder le transfert de l'usager. Si les documents ne sont pas prêts à l'arrivée des paramédics, ils pourront être faxés au centre receveur après le départ de l'usager]. Il est essentiel d'avoir les documents radiologiques [CD ou veiller à rendre les images disponibles] lors du transfert :
 - Moniteur cardiaque, saturomètre et sphygmomanomètre électronique
 - Trousse d'inhalothérapie appropriée [adulte vs pédiatrique]
 - Trousse de médication d'urgence ainsi que médication prescrite pour le transfert [ex. : analgésie, sédation]
 - CD-Rom de radiologie ou veiller à rendre disponible les images
 - Copie des notes au dossier [notes, consultations, résultats de laboratoire, etc.] faite par la commis
 - Ordonnance médicale valide s'il n'y a pas de médecin pour le transfert.

2.6. Transférer l'utilisateur à l'équipe du centre receveur et retour au centre hospitalier

- L'utilisateur est accompagné par l'équipe de transfert jusque dans la salle de traumatologie.
- Après la transmission des informations pertinentes au transfert par les membres respectifs de l'équipe de transfert et dès la prise en charge de l'utilisateur par l'équipe du centre receveur, l'équipe de transfert doit s'assurer de récupérer tout le matériel ayant servi au transfert hospitalier dans la mesure où il est possible de le rapporter [moniteurs, pompes, etc.]. Si un équipement ne peut être récupéré immédiatement, une consigne claire doit être laissée au centre receveur en ce qui concerne la procédure de retour de l'équipement en question [ex. : attelles de Thomas pour fractures du fémur] via l'utilisation du formulaire de prêt de matériel orthopédique.

2.7. Consigner de l'information pertinente au transfert au dossier médical

- Il est important de consigner toute l'information pertinente au transfert médical et infirmier au dossier de l'utilisateur dans le dossier laissé au centre receveur et dans notre dossier dès le retour [évaluations, actes médicaux, médication donnée, S.V., délais, complications, heure de transfert, etc.].

3. Référence sur la procédure d'accompagnement du patient du Collège des médecins

Une référence au document du Collège des médecins intitulé *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, ainsi que sa mise à jour sont disponibles à l'adresse : <http://www.cmq.org/> (section *Centre des médias, Publications, Guide d'exercice*)