LE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS PRISE EN CHARGE ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

08/2020

GUIDE D'EXERCICE

DERNIÈRE MISE À JOUR : 12/2021

COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Publication du Collège des médecins du Québec

Collège des médecins du Québec
Bureau 3500
1250, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 0G2
Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Site Web : www.cmq.org
Courriel : info@cmq.org

Édition
Service des communications

Graphisme
Principal

Révision linguistique
France Lafuste

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension de son contenu médical. Ce document se veut évolutif avec les meilleures pratiques.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement, à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 3e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-924674-27-7

© Collège des médecins du Québec, août 2020

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

— Table des matières

05/
INTRODUCTION

07/
CHAPITRE 1
LA CATÉGORISATION DES SERVICES D'URGENCE

08/
Centres de stabilisation

08/
Centres primaires

09/
Centres secondaires

09/
Centres tertiaires

10/
Centres à vocation unique et centres quaternaires

11/
CHAPITRE 2
LES CRITÈRES D'ORIENTATION DES PATIENTS DANS LE SYSTÈME PRÉHOSPITALIER

11/
Traumatologie

12/
Urgences médico-chirurgicales

16/
CHAPITRE 3
LES CRITÈRES À RESPECTER POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT

18/
CHAPITRE 4
LES CRITÈRES À RESPECTER AU COURS DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS

21/
CHAPITRE 5
LES CRITÈRES DE STABILISATION D'UN PATIENT AVANT UN TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS

22/
CHAPITRE 6
LES AFFECTIONS EXIGEANT UNE PRÉSENCE MÉDICALE AU COURS D'UN TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS

25/
CONCLUSION

26/
ANNEXE I – ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE (ÉQTPT)

27/
ANNEXE II – LES PRINCIPES DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS

30/
ANNEXE III – EXEMPLE DE *CHECKLIST*

33/
ANNEXE IV – EXEMPLES D'ÉLÉMENTS À INCLURE DANS UNE POLITIQUE SUR LA SÉCURITÉ DU TRANSPORT DE PATIENTS (ÉTABLISSEMENT/INSTALLATION)

34/
ANNEXE V – EXEMPLE DE LISTE D'ÉQUIPEMENT REQUIS POUR LE TRANSFERT DU PATIENT VENTILÉ

35/
ANNEXE VI – LE TRANSPORT INTERÉTABLISSEMENTS DES PERSONNES PRÉSENTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE – MONTRÉAL – LAVAL

36/
RÉFÉRENCES

— Liste des tableaux

14/

TABLEAU 1
L'indice préhospitalier pour traumatismes (IPT)

15/

TABLEAU 2
Les paramètres d'hypotension en pédiatrie

27/

TABLEAU 3
Les grands principes du transport interétablissements

27/

TABLEAU 4
La stabilisation prétransfert

28/

TABLEAU 5
L'ABCDE du transport

29/

TABLEAU 6
Les phases critiques du transfert

INTRODUCTION

En décembre 1998, le Collège des médecins du Québec publiait le guide d'exercice *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, auquel il apportait deux modifications en 2005, afin d'y préciser les critères à respecter lors d'un transfert et de mettre à jour la liste des pathologies exigeant une présence médicale lors d'un transfert.

En 2019, les travaux du groupe de travail ont permis de constater que la notion de réorganisation de la dispensation des soins dans le système de santé québécois est toujours d'actualité et que l'évolution scientifique de la prise en charge de certaines pathologies spécifiques, telles que l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST), l'accident vasculaire cérébral et le traumatisme craniocérébral, a induit des changements parfois importants dans les pratiques. En ce qui concerne les services préhospitaliers d'urgence, la modification de la formation des paramédics, l'arrivée des paramédics en soins avancés, la modification des actes pouvant être posés par ces professionnels et l'apparition d'unités de coordination clinique/soutien médical à distance ne sont que quelques-uns des autres changements intervenus depuis la publication du premier guide.

Cette nouvelle édition ne se veut pas un livre de référence en médecine du transport décrivant toutes les complications potentielles associées au transport, les échelles de gravité et les protocoles spécifiques à chacune des pathologies visées. Ce sont principalement les principes cliniques et organisationnels en sécurité des patients qui sont à la base des modifications et recommandations incluses dans cette nouvelle édition.

Des consultations auprès d'organismes et sociétés savantes ainsi qu'auprès d'experts (dont plusieurs ayant des formations complémentaires sur le transport intra et interinstallations) ont conduit à la rédaction de nouvelles recommandations ou ont confirmé l'importance de celles déjà en place. De plus, ces consultations ont démontré la pertinence des services spécialisés de transport avec des équipes dédiées, par exemple en néonatalogie et en pédiatrie, qui utilisent des protocoles spécifiques ayant prouvé leur efficacité.

Le Collège réitère les critères visant à déterminer l'orientation des patients et la classification des services d'urgence selon leurs ressources professionnelles et techniques. Sont également réitérées les normes qui s'appliquent au transfert d'un patient vers le service d'urgence (ou autre service/département/installation) d'un autre établissement et à l'accompagnement médical souvent requis en pareille situation.

Depuis 1998, la littérature médicale probante sur le sujet s'accroît constamment, que ce soit en transport intra-établissements ou interétablissements. Mais, outre l'identification de situations à risque, les recommandations demeurent basées sur un niveau de preuve faible à modéré.

Les recommandations incluses dans le présent guide ne portent pas sur l'organisation des services médicaux ni sur les politiques relatives aux transferts interétablissements (installations) adoptées par les établissements, qu'il s'agisse des politiques actuelles ou futures, mais le Collège est conscient qu'elles auront une influence dans un contexte de sécurité des patients. Certaines de ces recommandations furent émises par le Bureau du coroner à la suite d'incidents particuliers, alors que d'autres découlent d'observations lors de litiges médico-légaux soumis devant les tribunaux.

Chapitre 1
La catégorisation des services d'urgence

Les consultations données dans le cadre des services d'urgence des établissements de santé se classent principalement parmi les services médicaux de deuxième et troisième lignes. Très occasionnellement – surtout dans le contexte actuel de régionalisation des soins –, on y offrira des services de première ligne, mais ce sera alors pour une question d'efficience et de disponibilité (par exemple, la nuit ou la fin de semaine).

On décrit une hiérarchie selon les vocations des installations, et les termes *centres primaires/secondaires/tertiaires* et *quaternaires* sont employés. Les définitions utilisées proviennent de l'Organisation mondiale de la Santé ou d'organismes nationaux. Elles figurent dans les références sur l'organisation des réseaux de santé.

La mission première d'un service d'urgence est de rendre de façon immédiate et continue, aux patients dont l'état le requiert, les services suivants : triage (évaluation initiale)/réception/inscription, évaluation, stabilisation et début de traitement. Tout cela doit avoir pour but de stabiliser un problème médical ou chirurgical urgent et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

Pour accomplir cette mission, toute salle d'urgence d'établissement doit avoir :

- Les ressources physiques, matérielles et professionnelles adéquates pour rendre des services médicaux selon la vocation de l'installation;
- Des ressources médicales présentes sur place 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- Des ressources médicales disponibles dans des délais les plus courts possible, afin d'assurer le transfert urgent d'un patient vers un autre centre hospitalier lorsqu'un accompagnement médical est requis. Plusieurs références situent ce délai entre 30 et 60 minutes maximum. **Une politique hospitalière sur le transfert interétablissements doit être en place et connue des équipes locales**, de même que le matériel requis et dédié;
- La possibilité d'observer un patient sur une civière durant une période de 8 heures ou de l'hospitaliser.

Pour faciliter l'orientation et la prise en charge des patients par les services d'urgence appropriés, le Collège utilise, dans ce guide, une catégorisation inspirée de celle utilisée par le réseau de traumatologie. Elle repose principalement sur les ressources médicales et organisationnelles disponibles. Voici la description de ces catégories.

CENTRES DE STABILISATION

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, rendus généralement par des médecins spécialistes en médecine de famille.

Dans ces établissements, on trouve les ressources diagnostiques et thérapeutiques pour stabiliser ou prendre en charge certaines affections plus complexes que celles traitées par les services médicaux de première ligne. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources médicales, visant une disponibilité dans un délai de 30 minutes, doivent assurer l'accompagnement médical dans le cadre du transfert urgent d'un patient vers un autre centre hospitalier, **le tout décrit dans une politique hospitalière sur les transferts interétablissements et les corridors de service en place**. Cette politique doit être connue par les équipes soignantes.

CENTRES PRIMAIRES

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, rendus généralement par des médecins spécialistes en médecine de famille. La chirurgie générale et l'anesthésie-réanimation assurent un soutien continu.

Ces établissements doivent posséder au moins une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue ainsi que des lits d'hospitalisation. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai souhaité de 30 à 60 minutes pour le transfert urgent d'un patient vers un centre hospitalier de plus haut niveau, lorsque nécessaire. **Une politique d'établissement sur les transferts interétablissements et les corridors de service doit être en place et connue des équipes soignantes**. Dans ces centres, les services de chirurgie générale et d'anesthésie-réanimation sont disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et visent un délai de disponibilité de 30 minutes. Il devrait y avoir, de plus, une unité de soins intensifs ou son équivalent.

CENTRES SECONDAIRES

Dans ces services d'urgence, les services médicaux continus sont généralement rendus par des médecins spécialistes en médecine de famille parfois appuyés, dans certains milieux, par des spécialistes en médecine d'urgence. Ces médecins sont soutenus par des médecins spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Ces établissements doivent posséder au moins une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 à 60 minutes pour le transfert urgent d'un patient vers un autre centre hospitalier, lorsque nécessaire. **Une politique d'établissement sur les transferts interétablissements et les corridors de service doit être en place et connue des équipes soignantes**. Les services d'anesthésie-réanimation, d'imagerie médicale, de médecine interne ou de certaines spécialités médicales, de chirurgie générale et de certaines spécialités chirurgicales, notamment l'orthopédie si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai de 30 à 60 minutes. Il devrait en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il devrait y avoir une unité de soins intensifs.

CENTRES TERTIAIRES

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, généralement rendus par des spécialistes en médecine de famille et des spécialistes en médecine d'urgence, que soutiennent des médecins spécialistes et des médecins ultraspécialisés. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue et, selon leur mission, une technologie peu répandue. Sur place, l'équipe médicale permet d'assurer l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 à 60 minutes pour le transfert urgent d'un patient vers un autre centre hospitalier, lorsque nécessaire (par exemple, milieu adulte ayant évalué un patient dont l'état nécessite une investigation ou un traitement en milieu pédiatrique). **Une politique d'établissement sur les transferts interétablissements et les corridors de service doit être en place et connue des équipes soignantes**. Les services d'anesthésie-réanimation, d'imagerie médicale, de médecine interne et de certaines spécialités médicales, de chirurgie et de certaines spécialités chirurgicales, notamment l'orthopédie et la neurochirurgie, si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai de 30 à 60 minutes. Il devrait en être de même pour les autres spécialités offertes dans le contexte d'un centre pour AVC ou de cardiologie d'intervention. Il devrait y avoir une unité de soins intensifs, appuyée par des spécialistes en soins intensifs.

Le centre tertiaire agissant fréquemment comme centre receveur, la présence d'un coordonnateur médical des transferts vers cet établissement est souhaitable et constitue un élément supplémentaire pour la sécurité des patients. Les fonctions de ce coordonnateur médical des transferts pourraient inclure un soutien téléphonique aux équipes locales en préparation du transfert. Le coordonnateur médical des transferts est appuyé dans ses fonctions par l'équipe de réception avec des canaux de communication établis.

CENTRES À VOCATION UNIQUE ET CENTRES QUATERNAIRES

Dans ces services d'urgence, on trouve des services médicaux spécialisés et ultraspécialisés, axés sur la vocation du centre. Ces services sont rendus généralement par des spécialistes en médecine familiale et des spécialistes en médecine d'urgence, que soutiennent des médecins spécialistes et des médecins ultraspécialisés. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique lourde répandue et peu répandue, s'il y a lieu. L'équipe médicale sur place permet d'assurer l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai approprié aux pathologies particulières, inscrites dans la mission de l'établissement. **Des politiques sur les transferts interétablissements et les corridors de service doivent être en place et connues des équipes soignantes**. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 à 60 minutes pour le transfert urgent d'un patient vers un autre centre hospitalier lorsque requis. Les services dans les spécialités médicales et chirurgicales visées par la vocation de l'installation doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai approprié aux types de pathologie et répondant aux normes de bonne pratique.

Les centres à vocation unique reçoivent des transferts interétablissements et, à ce titre agissant fréquemment comme centres receveurs, **la présence d'un coordonnateur médical des transferts vers l'établissement est clairement souhaitable, sinon attendue**, et constitue un élément supplémentaire pour la sécurité des patients (voir section Centres tertiaires pour détails).

Chapitre 2
Les critères d'orientation des patients dans le système préhospitalier

Les patients pris en charge par les services préhospitaliers d'urgence (SPU) sont soit des patients traumatisés, soit des patients présentant un problème médico-chirurgical aigu (parmi tous les problèmes médicaux aigus autres que traumatiques), un problème obstétrical ou de santé mentale. Les recommandations concernant les critères d'orientation dans le système préhospitalier touchent donc la traumatologie et les urgences médico-chirurgicales.

Par exemple, en 1992, le Québec s'est doté du Continuum de services en traumatologie (CST), qui a permis de concentrer les blessés graves dans un nombre restreint de centres hospitaliers en fonction de leur capacité d'intervention. Il a été démontré que ce Continuum, doté de politiques de transferts, dont celles concernant le transfert d'urgence à urgence et l'absence de droit de refus de la part du centre receveur, avait permis de réduire la mortalité.

TRAUMATOLOGIE

En 2013, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) revoyait, à la lumière de la littérature médicale disponible, le modèle de triage utilisé en traumatologie au Québec et proposait d'y intégrer le modèle en vigueur en Amérique du Nord, tel que préconisé par les Centers for Disease Control (CDC) et par l'American College of Surgeons' Committee on Trauma (ACSCOT). L'approche du protocole du CDC-ACSCOT intègre plusieurs composantes de différents indicateurs et, malgré sa complexité, ce protocole est le plus répandu et soutenu par les sociétés savantes dans ce domaine. Il semblerait même supérieur à la combinaison de l'Indice préhospitalier du traumatisme (IPT) et de l'Impact à haute vélocité (IHV). Issue de cette démarche, l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (ÉQTPT) est maintenant implantée partout dans la province (voir annexe I).

L'ÉQTPT doit être utilisée pour l'ensemble des traumatisés (sauf dans le cas de traumatismes mineurs isolés), indépendamment de l'âge ou de la gravité du traumatisme. Elle permet de classifier, dans un processus de triage préhospitalier, la gravité potentielle du traumatisme et de déterminer, dans une région donnée, le centre hospitalier receveur désigné par les SPU.

Les patients identifiés aux étapes 1 et 2 sont considérés comme présentant des traumatismes majeurs. Les patients identifiés à l'étape 3 sont considérés comme présentant des traumatismes à haut risque.

Enfin, les patients non identifiés par l'ÉQTPT sont considérés comme présentant des traumatismes mineurs. Il est concevable que les critères de l'ÉQTPT soient évolutifs.

URGENCES MÉDICO-CHIRURGICALES

Les procédures préhospitalières régionales existantes prévoient où transporter tout autre patient pris en charge par les paramédics; elles prennent en compte les éléments suivants : le type de problème médical, sa stabilité, le lieu de prise en charge ainsi que les ressources offertes dans les centres receveurs environnants.

Dans les situations cliniques où l'état du patient est jugé instable selon les critères préhospitaliers en vigueur, le transport s'effectue vers le centre receveur le plus près. Les critères d'instabilité applicables en milieu préhospitalier au moment de la publication de ce guide sont :

- Hypotension (adulte : TA sys. < 100);
- Cyanose;
- Diaphorèse;
- Détresse/insuffisance respiratoire;
- Altération de l'état de conscience;
- Altération significative du pouls (adulte < 50/min ou > 150/min);
- Altération significative de la fréquence respiratoire FR (adulte < 8/min ou >36/min);
- Altération significative de la saturation (< 85 %).

Dans certains cas, il peut être requis que, lors de son arrivée au centre receveur, le patient demeure sur la civière d'ambulance pour une évaluation médicale brève, afin de faciliter une prise de décision quant à un transfert immédiat (souvent dans des cas de traumatismes ou d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) ou autres problèmes de santé définis), transfert qui sera effectué par la même équipe ambulancière.

Les services préhospitaliers d'urgence disposent de protocoles pour les patients présentant des douleurs thoraciques, afin de détecter le plus rapidement possible la survenue d'un IAMEST probable et, dans certaines régions, de diriger ces patients vers une installation disposant d'un service d'hémodynamie. Dans les régions où de tels protocoles ne sont pas applicables en raison de la non-disponibilité de centres offrant l'hémodynamie en un temps de transport de moins d'une heure, tout patient présentant des douleurs thoraciques devra être conduit au centre receveur le plus près, à condition que celui-ci offre les traitements de fibrinolyse cardiaque. Les critères de prise en charge d'un patient présentant un IAMEST, tels que définis dans la publication de l'INESSS, doivent être respectés, y compris le triage, l'électrocardiogramme (ECG), l'évaluation médicale et l'administration de la fibrinolyse. Tel que mentionné, d'autres protocoles sont en cours d'élaboration pour d'autres pathologies spécifiques, dont l'accident vasculaire cérébral (AVC).

Pour le patient de moins de 16 ans, des protocoles élaborés par les services préhospitaliers d'urgence sont utilisés dans les différentes régions. En général, le patient devra être amené dans un centre secondaire ou de plus haut niveau, à moins qu'un tel centre ne soit situé à plus de 30 minutes de transport du lieu de la prise en charge. Toutefois, si le patient présente des critères d'instabilité, il doit être amené au centre le plus près.

Tableau 1
L'indice préhospitalier pour traumatismes (IPT)

TRANSPORT DANS UN CENTRE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE SI L'INDICE EST DE 4 OU PLUS	
TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE	POINTS
> 100	0
86-100	1
75-85	2
≤ 74 ou absence de pouls radial ou carotidien	5
POULS	
51-119	0
≥ 120	3
≤ 50	5
RESPIRATION	
Fréquence normale	0
Difficile	3
< 8/minute ou intubation	5
BLESSURE PÉNÉTRANTE (TÊTE, COU, DOS, THORAX, ABDOMEN)	
Oui	4
Non	0
NIVEAU DE CONSCIENCE	
A (*alert*) : la victime est alerte.	0
V (*verbal*) : la victime répond aux stimuli verbaux.	3
P (*pain*) : la victime répond aux stimuli douloureux.	5
U (*unresponsive*) : la victime est inconsciente.	5

TRANSPORT DANS UN CENTRE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE S'IL Y A ÉVIDENCE D'IMPACT À HAUTE VÉLOCITÉ

Exemples d'impact à haute vélocité

- Chute de plus de 7 mètres
- Autre(s) occupant(s) décédé(s)
- Éjection hors du véhicule
- Déformation de l'habitacle
- Intrusion dans l'habitacle
- Piéton/cycliste frappé à plus de 35 km/h
- Autres

Tableau 2
Les paramètres d'hypotension en pédiatrie*
(pression artérielle systolique mmHg)

ÂGE	PALS
< 4 semaines	< 60
4-6 semaines	< 70
6 semaines à 3 mois	< 70
3-6 mois	< 70
6-12 mois	< 70
1-2 ans	< 72
2-3 ans	< 74
3-4 ans	< 76
4-5 ans	< 78
5-6 ans	< 80
6-7 ans	< 82
7-8 ans	< 84
8-9 ans	< 86
9-10 ans	< 88
10-12 ans	< 90
12-13 ans	< 90
13-14 ans	< 90
14-16 ans	< 90

En situation de choc, dans la population pédiatrique, l'hypotension apparaît tardivement, alors que la tachycardie est un signe précoce.

- Moins de 2 ans : < 100 ou > 160
- 2 à 10 ans : < 60 ou > 140
- Plus de 10 ans : < 60 ou > 120

*Traduit et adapté de : KLEINMAN, M.E., et collab. (2010). «Pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care». *Pediatrics*, vol. 126, nº 5, p. e1361-1399.

Chapitre 3
Les critères à respecter pour la prise en charge d'un patient

Le médecin qui évalue un patient en salle d'urgence devient son médecin traitant pour cet épisode de soins. Cette responsabilité est décrite dans le *Code de déontologie des médecins*, tout comme d'autres aspects, dont la prise en charge par un autre médecin, l'aide demandée par un confrère, etc.

Un médecin peut poursuivre la prise en charge du patient dans une salle d'urgence si les principes suivants sont respectés :

- Le centre dispose des ressources permettant d'évaluer adéquatement le patient et d'établir un diagnostic;
- Le médecin ou un autre médecin de l'installation peut traiter l'affection adéquatement dans le centre;
- Le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient, de sorte que ce dernier pourra quitter le centre sur pied (ou, en présence de problèmes médicaux préexistants, avec un mode de transport adapté à ses limitations) après une observation d'une durée de huit heures ou moins, s'il n'y a pas de lit d'hospitalisation.

Si ces principes ne peuvent pas être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour la planification d'un transfert sécuritaire du patient vers un centre de niveau approprié selon les politiques de transfert de l'installation.

LA PLANIFICATION DU TRANSFERT

Les risques et les bénéfices d'un transfert doivent être bien évalués durant la phase de planification et devraient tenir compte des éléments suivants :

- Évaluation complète de l'état du patient;
- Évaluation des avantages du transfert;
- Mise en place du soutien nécessaire, y compris le personnel et les ressources, pour assurer une stabilisation optimale;
- Vérification du matériel de transport (trousse standardisée adulte, trousse standardisée pédiatrique).

La décision du transfert interétablissements doit être prise conjointement par le médecin référent et le médecin consultant.

L'utilisation d'une phase dite « time out » par l'équipe de transport avant le transfert ou suivant une mobilisation du patient s'est avérée efficace pour sa sécurité. Recourir à une feuille de contrôle dite « checklist » favorise cette approche sécuritaire :

- Identification du patient, liste des diagnostics et raisons du transfert;
- Documentation complète, y compris les examens d'imagerie et de laboratoire, dossier médical du patient;
- Destination exacte, dont le site intrahospitalier précis;
- Vérification des conditions météorologiques pour la planification du temps et de l'équipement requis (ex. : suppléance en oxygène);
- Nom du médecin référent et du médecin ayant accepté le transfert;
- Vérification de tout l'équipement de transport, dont l'équipement requis en cas de détérioration/complication;
- Durée du transport avec ajustement en conséquence de l'équipement requis et information transmise au personnel habilité;
- Expérience de l'équipe de transport en anticipation et plans « B ».

Chapitre 4
Les critères à respecter au cours du transfert interétablissements

Les principes de transport sont identiques pour le contexte d'un transport préhospitalier, interhospitalier (installation/CLSC, CHSLD, etc.) ou intrahospitalier. Un grand nombre de transferts interétablissements sont effectués pour transporter un patient de façon urgente vers un autre centre hospitalier (installation) afin qu'il reçoive des soins définitifs non disponibles dans le centre d'origine. Ces transferts demandent aux intervenants hospitaliers et préhospitaliers de coordonner leurs actions afin d'assurer que le transfert s'effectue dans des conditions optimales de sécurité pour le patient. Tel que souligné en introduction, le présent guide ne saurait remplacer les livres de référence sur la médecine de transport et sur la sécurité des patients avant et pendant le transfert. Le transport interétablissements doit représenter un **continuum de soins** et non une parenthèse de soins.

Le patient doit être transféré par du personnel compétent en la matière, au fait de son état et disposant de l'équipement requis approprié. Cette compétence dépasse la notion de gestes autorisés.

Rappelons les grands principes du transfert interétablissements :

- Identification du besoin de transfert;
- Communication adéquate entre les intervenants (équipe de soins), le patient et la famille;
- Évaluation des risques et des bénéfices du transport pour le patient;
- Stabilisation prétransfert;
- Évaluation et anticipation des besoins pendant le transfert (environnement de transport et vitesse sécuritaires pour le patient et l'équipe d'accompagnement, dans le but de minimiser les interventions nécessaires pendant le transfert);
- Réévaluation fréquente de l'état clinique du patient (avant et durant le transfert).

Le médecin qui a la charge du patient au centre d'origine, c'est-à-dire le médecin traitant pour l'épisode de soins, a la responsabilité d'évaluer l'état du patient, de déterminer le moment du transfert, de préciser le niveau de soins à prodiguer durant le transfert, de s'assurer du niveau de compétence des membres assignés au transfert, compte tenu de son état ainsi que de sa destination précise. Les responsabilités du médecin traitant lors de l'épisode de soins doivent être assumées par ce dernier. Si ce médecin a peu ou pas d'expérience en médecine du transport, il doit en informer le médecin receveur pour obtenir ses recommandations spécifiques ou consulter un médecin responsable du transport des patients dans un état critique vers l'établissement de transfert ou receveur, ou un médecin ayant cette expérience.

Le consentement du patient (ou de celui qui détient la responsabilité du consentement substitué) concernant les bénéfices et les risques associés au transport devrait être obtenu lorsque son état le permet, et les informations pertinentes à ce consentement (ou à l'impossibilité de l'obtenir) doivent être consignées au dossier.

Une communication fluide entre le médecin responsable du transfert et le personnel accompagnateur (ex. : technicien ambulancier paramédic, inhalothérapeute, infirmière) est **capitale**, et ce, tout autant avant que pendant le transport. Si le médecin n'accompagne pas le patient durant le transfert, l'établissement doit faire en sorte que le personnel accompagnateur puisse communiquer en tout temps avec le médecin qui a la charge du patient au centre d'origine.

Les critères recommandés pour procéder au transfert d'un patient s'inspirent de ceux adoptés par l'American College of Emergency Physicians et par d'autres sociétés savantes impliquées en médecine préhospitalière et en sécurité des patients. L'utilisation d'une liste standardisée (*checklist*) est reconnue comme favorisant la sécurité des patients dans ce contexte.

En résumé, les critères sont les suivants :

- Lorsque requis, le patient doit être transféré vers un établissement (installation) apte à répondre à ses besoins médicaux;
- Un médecin ou une personne responsable du centre receveur (ex. : médecin responsable du transport des patients dans l'établissement) doit avoir accepté le transfert du patient avant que le transfert soit en cours (à moins d'une entente explicite conclue entre les établissements impliqués, entente qui n'exclut pas et ne remplace pas la communication des informations pertinentes);
- Il doit y avoir communication entre les responsables médicaux des centres référent et receveur pour que l'échange d'informations cliniques ait lieu avant le transfert. Cet échange doit inclure le **transfert complet des informations pertinentes** (état clinique, paramètres physiologiques, actes posés avant et durant le transport, paramètres de perfusion et ventilation, complications durant le transport);
- Un résumé médical approprié, incluant les tracés d'électrocardiogramme, l'imagerie médicale complétée et les résultats des autres tests diagnostiques, doit figurer dans le dossier du patient transféré;
- Le patient doit être transféré par du personnel compétent en la matière, au fait de son état et disposant de l'équipement requis approprié;
- L'option du mode de transport doit être discutée entre médecin référent et médecin receveur.

Une politique de transfert interétablissements doit être disponible, et connue, autant dans le centre référent (centre d'origine) que dans le centre receveur; cette politique devrait inclure les protocoles d'entente pour les transferts vers les centres de plus haut niveau ou les centres à vocation unique.

Cette politique de transfert devrait également inclure :

- La mise à jour sur les critères de transfert, les critères de stabilité prétransfert, la liste de l'équipement nécessaire au transfert sécuritaire (voir annexes), une copie de la feuille standardisée de note médico-inhalo-nursing pré et *per* transfert, et les attentes en termes de compétences des membres de l'équipe de transport;
- La liste des documents qui doivent accompagner l'usager lors du transfert (voir annexes);
- La liste des équipements requis pour le transfert du patient non ventilé;
- La liste des équipements requis pour le transfert du patient ventilé.

Chapitre 5
Les critères de stabilisation d'un patient avant un transfert interétablissements

En présence d'un problème médico-chirurgical urgent chez le patient dont la situation menace un de ses organes ou même sa vie, le transfert n'aura lieu qu'après stabilisation. La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du patient n'entraîne pas un décès, ni une perte ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes. Plusieurs publications scientifiques soulignent que la grande majorité des événements adverses lors d'un transfert sont la **désaturation** et l'**hypotension**.

La stabilisation du patient avant le transfert doit comprendre, lorsque cela est requis ou selon les recommandations du médecin receveur :

- Le maintien de la perméabilité des voies aériennes;
- La maîtrise de l'hémorragie;
- L'immobilisation adéquate du patient ou de ses membres;
- L'établissement d'un ou de deux accès veineux selon les recommandations liées au type de pathologie (perméabilité vérifiée prétransfert et postmobilisation) pour administration de soluté ou de sang;
- La prescription détaillée et l'administration de la médication nécessaire;
- Les mesures nécessaires pour assurer la stabilité optimale durant le transfert.

Chapitre 6
Les affections exigeant une présence médicale au cours d'un transfert interétablissements

Certains patients présentant des affections médicales, traumatiques ou chirurgicales aiguës peuvent requérir un accompagnement médical durant le transfert. On devrait viser un accompagnement en 30 à 45 minutes, et le maintien d'une présence continue depuis le centre référent jusqu'au centre receveur.

La littérature médicale en matière de transport est en constante évolution quant aux pathologies et problèmes de santé requérant la présence d'un accompagnement médical; les écrits (incluant des grilles d'évaluation de risque) soulignent cependant de façon récurrente que l'évaluation de ce besoin est multifactorielle. **La sécurité du patient durant son transport doit être au centre de cette décision.**

En général, lorsque le patient a présenté un état hémodynamique instable ou précaire avant le transfert ou que cette situation est prévisible durant le transfert, l'accompagnement par un médecin est requis, **à moins de situations absolument exceptionnelles** que le médecin peut et pourra justifier, et dans la mesure où l'équipe accompagnatrice est à même de maintenir la continuité des soins et d'intervenir de façon sécuritaire s'il y a des complications. Toujours prendre en considération que le risque de complications est plus important pour la population pédiatrique.

La liste suivante ne se veut pas exhaustive, mais, au minimum, les patients qui y sont décrits devraient bénéficier d'un tel accompagnement :

1. Tout patient ayant présenté un arrêt cardiorespiratoire avant ou durant le séjour (en salle d'urgence ou dans un autre site) dans le centre référent avant le transfert. Ceci, à l'exclusion d'une tachycardie ou d'une fibrillation ventriculaire unique, brève et rapidement convertie lors d'un infarctus aigu, et ce, sans avoir eu besoin d'une intubation.

2. Tout patient avec instabilité des signes vitaux ou neurologiques, y compris des perturbations neurologiques induites par une intervention ou une médication (ex. : patient intubé, sous sédation et curare) :

- détresse respiratoire sévère : fréquence respiratoire > 32/minute ou < 8/minute, ou saturation en oxygène < 90 %, ou cyanose;
- bradycardie symptomatique : < 45/minute;
- hypotension artérielle : systolique < 80 mmHg;
- signes neurologiques : altération de l'état de conscience susceptible de mettre en danger la perméabilité des voies aériennes, que ce soit de façon primaire ou secondaire à une intervention ou à une médication (ex. : patient intubé, sous sédation et curare).

3. Tout patient en infarctus du myocarde :

- en choc ou présentant une hypotension (systolique < 80 mmHg) avec risque d'instabilité;
- présentant des complications mécaniques (CIV aiguë, rupture du muscle papillaire avec insuffisance mitrale sévère, etc.);
- présentant une bradycardie sévère symptomatique (< 45/minute), ou un bloc AV du 2e ou 3e degré;
- ayant présenté une arythmie ventriculaire maligne (tachycardie ventriculaire soutenue, tachycardie polymorphe ou fibrillation ventriculaire à répétition).

Le personnel accompagnant doit être formé et compétent en défibrillation, cardioversion, cardiostimulation* et reconnaissance d'arythmies.

4. Tout patient intubé, ayant présenté ou présentant des signes vitaux anormaux, ou à risque de complications susceptibles d'endommager ses fonctions vitales durant le transport, qu'il s'agisse de complications primaires en lien avec la pathologie ou secondaires en raison des traitements (interventions, médication**). Si le médecin traitant responsable de l'épisode de soins décide qu'un accompagnement médical n'est pas nécessaire pour ce patient, il devra documenter clairement sa décision et la raison de cette situation exceptionnelle.

   Le risque de complications étant plus important pour la population pédiatrique (voies aériennes, désaturation), l'accompagnement médical est requis pour le transfert d'un enfant intubé.

* **cardiostimulation** : compétence pour poursuivre une cardiostimulation entreprise en prétransport ou en modifier au besoin les paramètres et pour instaurer cette thérapie si requise durant le transport.

** **médication** : celle instaurée en prétransport et jugée essentielle durant le transfert, et celle requise lors des complications potentielles inhérentes à l'état du patient (ex. : sédation, analgésie, intubation) ou de la mobilisation (ex. : agitation, nausées).

5. Toute femme enceinte en travail actif ou présentant un risque à l'accouchement.

6. Tout patient avec une affection qui risque, durant le transfert, d'entraîner le décès ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes.

Lors d'un contexte de garde préventive, un technicien ambulancier paramédic n'a pas le pouvoir d'application légale de cette garde. Une politique interne d'établissement doit établir les paramètres lors d'un transfert interétablissements dans un contexte de problèmes de santé mentale (accompagnement formé aux interventions possibles, pharmacologie, matériel de contention). Se trouve à titre d'exemple, en annexe, une grille en cours d'élaboration au moment de la publication du présent document, concernant le transport interétablissements des personnes présentant un problème de santé mentale.

Les risques durant le transport de patients en état critique (ou présentant ce potentiel lors de la mobilisation ou du transfert) sont les suivants:

- Complications techniques (ex. : déplacement ou obstruction du tube endotrachéal, des accès veineux, des drains);
- Détérioration physiopathologique (ex. : augmentation de la pression intracrânienne lors du positionnement, hypotension, désaturation);
- Monitorage inadéquat des fonctions cardiovasculaires et pulmonaires en raison de l'absence ou de la défaillance d'un équipement adéquat, d'une interférence lors des déplacements, etc.;
- Apport thérapeutique inadéquat en raison de l'absence ou de la défaillance d'un équipement (ventilateurs de transport, circuits adaptés de ventilation);
- Déplacements et mobilisation (accélération et décélération, mobilisation du patient sur civière);
- Absence de moyens d'investigation durant le transfert (ex. : imagerie d'exclusion d'un pneumothorax, facteurs de coagulation lors d'une hémorragie active);
- Personnel limité et manque d'expérience.

CONCLUSION

Les obligations déontologiques du médecin doivent être respectées lors des transferts interétablissements, tout comme pendant les transferts intraétablissements.

À la base de la prise en charge du patient et de tout transfert intra et interétablissements, les trois éléments suivants sont les déterminants de la sécurité du patient : communication, préparation, anticipation.

Les tableaux en annexe présentent une synthèse des critères et de l'équipement, ainsi que les procédures attendues ou suggérées pour une qualité de l'acte assurant la sécurité des patients.

— Annexes

ANNEXE I – ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE (ÉQTPT)

Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie

(adaptée du protocole CDC-ACSCOT, 2011)

À utiliser pour la phase 1 du plan de déploiement sur le territoire québécois

1re étape — Évaluer les signes vitaux

Échelle de coma de Glasgow	≤ 13
Tension artérielle systolique	< 90 mm Hg
	FR : < 10 resp/min (< 20 chez les bébés de moins d'un an) ou > 29 ou besoin d'un support à la ventilation

Oui → Transporter le patient dans un centre de traumatologie tertiaire si disponible ou le centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale*

Non ↓

2e étape — Évaluer la nature de la blessure

- Toute blessure pénétrante à la tête, au cou, au torse ou aux extrémités, au-dessus du coude ou du genou
- Fracture du crâne ouverte ou fracture du crâne enfoncée
- Instabilité ou déformation du gril costal (p. ex., volet costal évident)
- Deux déformations (incluant un œdème) ou plus d'os longs proximaux (suspicion de fractures)
- Douleur pelvienne significative (suspicion de fractures)
- Extrémité écrasée, dégantée ou mutilée ou absence de pouls
- Amputation au-dessus du poignet ou de la cheville
- Paralysie (aigüe chez le patient conscient)

Oui → Transporter le patient dans un centre de traumatologie tertiaire si disponible ou le centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale*

Non ↓

3e étape — Évaluer la cinétique à risque

- Chutes
  - Adultes : > six mètres (un étage correspond à trois mètres)
  - Enfants : > trois mètres ou de deux à trois fois la grandeur de l'enfant
- Accident de voiture à risque élevé
  - Intrusion dans l'habitacle incluant le toit : > 30 cm dans l'espace patient ou > 45 cm ailleurs dans l'habitacle
  - Éjection (partielle ou complète) de la voiture
  - Décès d'un occupant dans l'habitacle où se trouve le patient
  - Données de télésurveillance du véhicule permettant de soupçonner un risque élevé de blessure
- Piéton ou cycliste renversé ou écrasé par une voiture ou impact significatif (> 30 km/h)
- Accident de motocyclette > 30 km/h

Oui → Transporter le patient dans un centre de traumatologie de plus haut niveau dans un délai maximal de 60 minutes selon l'organisation régionale

Non ↓

4e étape — Évaluer les besoins particuliers du patient

- Patient de 55 ans et plus avec TAs < 110
- Patient âgé de 15 ans et moins
- Patiente enceinte de 20 semaines ou plus
- Patient AVEC anticoagulothérapie (tous meds qui affectent la coagulation sauf AAS) ou troubles hémostatiques

Oui → Transporter le patient dans un centre de traumatologie selon l'organisation régionale

Non ↓

5e étape — Évaluer les autres éléments finaux

- Patient avec pouls > 120
- Patient avec traumatisme cranio-cérébral
  - Avec échelle de coma de Glasgow = 14 à tout moment de l'intervention
  - Avec échelle de coma de Glasgow = 15 avec vomissements, perte de conscience ou amnésie post trauma
- Autres impacts à haute vélocité

Oui → Transporter le patient dans le centre de traumatologie approprié le plus près**

Non ↓

Transporter le patient conformément au protocole de choix du centre receveur de votre région. En cas de doute, transporter vers un centre de traumatologie.

NOTE :
Dans les cas de patients avec **brûlures significatives** :
- Sans autre mécanisme traumatique : triage vers un centre d'expertise désigné pour les grands brûlés
- Avec mécanisme traumatique : triage vers un centre de traumatologie

* les patients en ACR et en détresse respiratoire non contrôlée en préhospitalier doivent être transportés au CH le plus près (non désignés inclus)

**ou selon l'organisation régionale

Québec

Avec la participation de :
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

Source : L'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie, produite en 2016 par le gouvernement du Québec avec la participation de l'Institut national en santé et en services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux, est accessible dans le site Web de l'INESSS. Reproduction autorisée.

— Annexes

ANNEXE II – LES PRINCIPES DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS

Tableau 3
Les grands principes du transport interétablissements

PRINCIPES
Communication adéquate
Évaluation des risques et des bénéfices du transport
Stabilisation prétransfert
Évaluation et anticipation des besoins pendant le transfert : › Environnement de transport sécuritaire pour le patient et pour l'équipe; › Volonté de minimiser les interventions nécessaires pendant le transport.
Réévaluation fréquente (clinique et monitorage)

Tableau 4
La stabilisation prétransfert

STABILISATION PRÉTRANSFERT
Opter pour une approche systématique : ABCDE (voir tableau 5)
Anticiper les prochaines étapes
Considérer les particularités du transport : › Pédiatrie et ses particularités; › Mode de transport; › Effet secondaire de l'altitude et de la cinétique du transport; › Distance; › Stress lié au transport.

Le transport interétablissements doit représenter un continuum de soins, et non une parenthèse de soins.

ANNEXE II – LES PRINCIPES DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS (SUITE)

Tableau 5
L'ABCDE du transport

TYPE	DESCRIPTION
A (*airways*/ voies aériennes)	› Voies aériennes sécurisées (VAS) › Position et fixation du tube endotrachéal (TET) : RX pulmonaire, pression du ballonnet, canule de Guedel › Collet cervical si requis
B (*breathing*/ respiration)	› Monitorage fréquence respiratoire (FR), SpO2, EtCO2 › Gaz sanguin postintubation › Type de respirateur/ventilation (circuit adapté) › Paramètres de ventilation, O2 › Drain thoracique › Traitement par inhalothérapie
C (circulation)	› Monitorage tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (FC) › Accès veineux : voie d'urgence › Soluté en cours, bolus › Vasopresseur › Sonde vésicale
D (*disability*/ problèmes neurologiques)	› Score de Glasgow, pupille › Glycémie › Sédation/analgésie : adéquate et planifiée › Anticonvulsivant › Thérapie hyperosmolaire

E (*exposure, environment*/ exposition, environnement)	› Température
	› Tube gastrique
	› Nil per os (NPO)
	› « Packaging » du patient, y compris fixation, tubes, voies, etc.
	› Médicaments : en cours, médication d'urgence (ordonnances claires, disponibilité)
	› Documentation écrite
	  › Dossier médical
	  › Copie de l'imagerie
	  › Résultats de laboratoire
	  › Électrocardiogramme (ECG)
	  › Consentement (si requis/disponible)

ANNEXE II – LES PRINCIPES DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS (SUITE)

Tableau 6
Les phases critiques du transfert

PHASES	DESCRIPTION
1. **Changement de civière ou de véhicule**	› Fixation du tube endotrachéal (TET), voie intraveineuse (IV), drain, etc.; › Planification des déplacements et attribution d'une tâche à chaque accompagnateur : identification d'un leader. Rôle du leader : Garder son attention sur le patient et les paramètres fondamentaux.
2. **Mise en mouvement**	› Adaptation du patient à l'environnement du transfert : vibrations, bruit, accélération/décélération, mal des transports; › Si transport aérien : décollage et atterrissage; › Détérioration importante au départ : selon la pathologie, envisager un retour pour permettre la stabilisation. La sécurité routière ou aérienne est primordiale pour le patient et toute l'équipe.

3. **Transfert entre équipes**	› Confusion sur l'identité du leader;
	› Transfert d'information :
	  › Oral et écrit;
	  › Boucles de communication;
	  › Contact visuel.

Source : Les quatre tableaux figurant dans cette annexe découlent d'une adaptation du matériel pédagogique élaboré par la docteure Laurence Alix-Séguin.

— Annexes

ANNEXE III – EXEMPLE DE *CHECKLIST*

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE TRANSFERT INTERHOSPITALIER D'ENFANTS GRAVEMENT MALADES AVANT LE DÉPART DU CENTRE RÉFÉRENT

PHASE « TIMEOUT »

Tous les membres de l'équipe (infirmière, inhalothérapeute, médecin et idéalement paramédics) **doivent être attentifs pendant la vérification.**

AVANT LE DÉPART VERS L'AMBULANCE
☐ Discussion du plan avec le médecin du centre receveur.
☐ Faire un résumé du problème du patient.
☐ Allergies du patient documentées.
☐ Photocopies des notes, profil pharmaceutique et CD Rayon X en main.
☐ Rayon X et gaz sanguin vérifiés et validés si cliniquement indiqués.
☐ Voies et tubes adéquatement fixés.
☐ Considérer sonde urinaire en fonction de l'état clinique.
☐ Tube gastrique pour le patient en ventilation non invasive ou intubé.
☐ Méthode d'isolement selon l'infection respectée.
☐ Moniteur en mode « Ped » installé incluant la TA préprogrammée et le EtCO2.
☐ Paramètres ventilatoires vérifiés et adaptés à l'âge de l'enfant.
☐ Si ventilateur utilisé, celui-ci est en mode pédiatrique et volume de la tubulure du ventilateur (espace mort) compensé.
☐ Évaluation cardio-respiratoire et signes vitaux pré-départ documentés.
☐ Sédation adaptée à l'état de l'usager. Prévoir bolus de sédation PRN.
☐ Patient installé et attaché sur la civière selon les normes des ambulanciers.
☐ Niveau des gaz médicaux suffisant pour le transport.
☐ Ballon autogonflant avec masque approprié disponible à la tête du patient.
☐ Doses de médicaments à administrer dans l'ambulance prêtes selon les besoins.
☐ Idéalement 2 voies IV (à discuter avec centre receveur si 1 seule).
☐ Voie pour administrer les médicaments d'urgence prête à être utilisée sans que l'infirmière ait besoin de se lever dans l'ambulance.
☐ Pads de défibrillateur installés si crainte d'arrêt cardiaque dans l'ambulance.
☐ Trousse de matériel minimum en main (voir verso).
☐ Pour le patient éveillé, doudou/suce/objet réconfortant.
☐ Idéalement embarquer un parent dans l'ambulance en lui expliquant les règles à suivre lors du transfert.
☐ Discussion avec les parents au sujet du plan, du pronostic et de l'endroit où se rendre.

ANNEXE III – EXEMPLE DE *CHECKLIST* (SUITE)

DANS L'AMBULANCE
☐ Brancher le matériel et allumer le convertisseur électrique dans l'ambulance.
☐ Aviser le centre receveur de l'heure d'arrivée prévue.
☐ Documenter de façon régulière les signes vitaux.
☐ Documenter les médicaments administrés durant le transport.
☐ Documenter les complications ou détériorations pendant le transport.

Ce qui suit n'est qu'un **aide-mémoire**. Certaines pièces de matériel ou certains médicaments pourraient ne pas être nécessaires, alors que d'autres pourraient l'être. Il revient aux professionnels de choisir le bon matériel indispensable au transfert sécuritaire de leurs patients.

MATÉRIEL SUGGÉRÉ
☐ Matériel d'intubation et ventilation adapté à l'âge
☐ Plan B (masque laryngé, tube laryngé, Guedel, trompette nasale)
☐ Succion rigide et souple pour aspiration endotrachéale
☐ Kit de décompression d'urgence de pneumothorax (Cathéter IV, 3 voies avec extension de 6'', seringue)
☐ Matériel pour réinstaller une voie veineuse
☐ Kit d'installation d'une voie intraosseuse
☐ Glucomètre et matériel pour prendre glycémie
MÉDICAMENTS SUGGÉRÉS
☐ Adénosine (Adénocard)
☐ Aérosol inhalateur (Salbutamol [Ventolin] et Ipratropium [Atrovent])
☐ Alprostadil (Prostin)
☐ Amiodarone (Cordarone)
☐ Amines (Épinéphrine, Noradrénaline, Dopamine, Dobutamine)
☐ Atropine
☐ Bicarbonate de sodium
☐ Calcium (Gluconate de calcium à privilégier sur une voie veineuse périphérique)
☐ Corticostéroïde (Dexaméthasone, Méthylprednisolone)
☐ Dimenhydrinate (Gravol)
☐ Diphenhydramine (Benadryl)
☐ Épinéphrine 0,1 mg/ml (1/10 000) [arrêt cardiaque]
☐ Épinéphrine 1 mg/ml (1/1000) [anaphylaxie (IM)] [laryngite (en nébulisation)]

ANNEXE III – EXEMPLE DE *CHECKLIST* (SUITE)

MÉDICAMENTS SUGGÉRÉS (SUITE)
☐ Flumazénil (Anexate)
☐ Kétamine
☐ Lorazépam (Ativan)
☐ Midazolam (Versed)
☐ Naloxone (Narcan)
☐ Opiacés (Fentanyl, Morphine)
☐ Osmothérapie (NaCl 3%, Mannitol)
☐ Phénobarbital
☐ Phénytoïne (Dilantin)
☐ Propofol
☐ Rocuronium (Zémuron)
☐ Succinylcholine (Anectine)
☐ Soluté (D5NaCl 0.9 [besoin entretien]; NaCl 0.9 [bolus]; D10/D50 [hypoglycémie])
☐ Sulfate de magnésium

Source : Ce document a été créé et approuvé par le Comité provincial de transport interhospitalier pédiatrique (version du 10-12-2018). Les auteurs remercient le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke CHUS ainsi que le Comité provincial de transport interhospitalier pédiatrique d'avoir autorisé la reproduction de cette liste.

— Annexes

ANNEXE IV – EXEMPLES D'ÉLÉMENTS À INCLURE DANS UNE POLITIQUE SUR LA SÉCURITÉ DU TRANSPORT DE PATIENTS (ÉTABLISSEMENT/INSTALLATION)

ÉLÉMENTS À INCLURE DANS LA POLITIQUE	
1.	Critères de transfert
2.	Critères de stabilité prétransfert
3.	Liste de l'équipement nécessaire au transfert sécuritaire
4.	Feuille standardisée de note médico-inhalo-nursing avant et pendant le transfert
5.	Attentes en matière de compétences des membres de l'équipe de transport
6.	Normes de formation des membres de l'équipe de transport
7.	Feuille standardisée sur les évènements indésirables significatifs pendant le transfert : détérioration physiologique, problèmes liés au matériel, problèmes liés à la sécurité ou aux processus, interventions urgentes
8.	Processus et fréquence d'audits sur les évènements indésirables durant les transports
9.	Processus de communication des incidents indésirables au CMDP

— Annexes

ANNEXE V – EXEMPLE DE LISTE D'ÉQUIPEMENT REQUIS POUR LE TRANSFERT DU PATIENT VENTILÉ

ÉQUIPEMENT
Trompette nasale, canule oropharyngée
Ballon de ventilation, masque avec valve de PEEP
Oxygène : source et quantité vérifiées
Succion portative
Valise d'intubation vérifiée
Matériel de mise en place d'intraosseuse
Tubulure, seringues, connecteurs en surplus
Cathéters veineux
Ventilateur de transport vérifié et canalisation adaptée
Fixation de rechange
Saturométrie continue
Monitorage électro continu et prise de tension artérielle automatique toutes les cinq minutes
Accès veineux (1-2) vérifiés après toute mobilisation
Solutés (quantités adaptées)
Médication prescrite spécifique (dosage précis et fréquence d'administration) : adrénaline 1 mg/10 ml, midazolam, fentanyl, propofol, rocuronium ou substitut, amiodarone
Sédation en perfusion avec seringue pour bolus (prescription spécifique et précise)
Autres selon les besoins du patient (ex. : Pleurevac ou valve Hemlich, vasopresseur, perfusion curare en continu)

— Annexes

ANNEXE VI – LE TRANSPORT INTERÉTABLISSEMENTS DES PERSONNES PRÉSENTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE MONTRÉAL – LAVAL

Cet outil a été conçu pour aider le professionnel de la santé à planifier le transport approprié pour un usager présentant un problème de santé mentale. La présente version constitue un document de travail.

Avant d'envisager un transfert inter-établissements, l'usager présentant un problème de santé mentale doit répondre aux deux critères suivants:

- Il est stable*;
- L'établissement receveur a confirmé l'acceptation de l'usager, avec le nom du médecin.

Est-ce que l'usager est collaboratif?

Oui (collaboratif)

Non (potentiel de fuite)

Est-ce que l'usager présente un potentiel de devenir agressif ou agité?

Oui (avec surveillance clinique médicale)

Non

TRANSPORT ALTERNATIF

1. **Taxi régulier:** L'usager ne présente pas de problème de mobilité.
2. **Taxi adapté ou transport alternatif spécialisé:** L'usager présente des problèmes de mobilité (handicap, obésité, etc.).

Au besoin, l'usager peut être accompagné d'un intervenant de l'établissement ou d'un membre de la famille.

EXCEPTIONNEL TRANSPORT AMBULANCIER AVEC ACCOMPAGNEMENT

1. **Ambulance:** L'usager est sous contention chimique ou physique et/ou présente un problème de mobilité important auquel les modes de transport alternatifs ne peuvent répondre. D'autres cas d'exception peuvent faire l'objet d'une discussion avec le responsable des transferts inter-établissements d'Urgences-santé.

Avec **accompagnement obligatoire du personnel et de l'équipement approprié à son état** (nombre d'accompagnateurs à déterminer avec Urgences-santé).

À noter: Les paramédics agissent à titre de soutien aux accompagnateurs et ne peuvent appliquer ou recourir à la force pour contraindre un usager au transport ou l'empêcher de fuir. Ils ne sont pas mandatés pour intervenir auprès d'un patient présentant un risque pour lui-même ou pour autrui dans l'exercice du transport interétablissements.

TRANSPORT ALTERNATIF AVEC ACCOMPAGNEMENT

1. **Taxi régulier:** L'usager ne présente pas de problème de mobilité.
2. **Taxi adapté ou transport alternatif spécialisé***:** L'usager présente des problèmes de mobilité (handicap, obésité, etc.) ou a besoin d'un encadrement plus formel.

Un accompagnement **est obligatoire** (un ou deux accompagnateurs selon le potentiel d'agressivité ou d'agitation).

* Un usager stable ne présente pas d'agressivité verbale, physique ni d'agitation comportementale. Si l'usager est activement agité, il devra être stabilisé avant le transfert, et ce, afin de réduire le potentiel d'agressivité. Il doit consentir au transfert à moins d'être visé par une garde en établissement**.

** Conformément au *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, page 4 : «[...] lors de tout déplacement d'une personne placée sous garde, en dehors de l'unité de soins où elle est gardée, jugé impératif pour des raisons familiales, de santé, d'obligations administratives ou autres, cette personne doit être accompagnée du personnel de l'établissement.»

*** Peut comprendre le recours à une fourgonnette (barrière psychologique causée par la taille du véhicule).

Source : Adapté du document de travail *Transport interétablissements des personnes présentant un problème de santé mentale*, produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Urgences-santé. Reproduction autorisée.

— Références

ALABDALI, A., et collab. (2017). «Incidence and predictors of adverse events and outcomes for adult critically ill patients transferred by paramedics to a tertiary care medical facility», *Journal of Health Specialties*, vol. 5, nº 4, p. 206-211.

ALBERTA HEALTH SERVICES (2015). *Inter-facility patient transfer form (#09277)*, 2 p.

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS ACEP BOARD OF DIRECTORS (2016). «Appropriate inter-facility patient transfer», *Annals of Emergency Medicine*, vol. 67, nº 5, p. 690.

ARGUIRRE, F. V., et collab. (2008). «Rural interhospital transfer of ST-elevation myocardial infarction patients for percutaneous coronary revascularization: the Stat Heart Program», *Circulation*, vol. 117, nº 9, p. 1145-1152.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, et SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Guide de gestion de l'urgence*, 251 p.

AUSTRALIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANESTHETISTS et le COLLEGE OF INTENSIVE CARE MEDICINE OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*, 11 p.

BRUNSVELD-REINDERS, A. H., et collab. (2015). «A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients», *Critical Care*, vol. 19, nº 214.

BUREAU DU CORONER (2015). *Rapport d'investigation du Coroner Avis A- 327320 (recommandations sur l'échange d'informations lors des transferts de patients interétablissements incluant note du médecin référant résumant tous les antécédents du patient; politique de transport pour les patients éloignés ou à risque)*, Québec, 5 p.

BUREAU DU CORONER (2014). *Rapport d'investigation du Coroner : Avis A-175642 (recommandations sur la politique de transfert et gabarit de note de transfert)*, Québec, 2 p.

BUREAU DU CORONER (2015). *Rapport d'investigation du Coroner : Avis A- 324701 (recommandations sur rôles et responsabilités de chacun en lien avec l'évaluation et l'interprétation clinique et l'usage du matériel médical lorsque d'autres professionnels accompagnent les techniciens ambulanciers paramédics dans une ambulance; pertinence d'effectuer périodiquement des mises en situation d'interventions ambulancières impliquant aussi des médecins, infirmières et inhalothérapeutes; positionnement du moniteur cardiaque; qualité des communications entre ambulances et hôpitaux incluant communications numériques bidirectionnelles)*, Québec, 4 p.

BUREAU DU CORONER (2015). *Rapport d'investigation du Coroner : Avis A- 185230 (recommandation sur protocoles de transferts interhospitaliers pour prévenir erreurs de destination)*, Québec, 2 p.

BUREAU DU CORONER (2016). *Rapport d'investigation du Coroner : Avis A- 331813 (recommandations sur les procédures de transfert interhospitalier notamment approbation par un médecin du transfert et accompagnement pour la surveillance et continuité des soins)*, Québec, 4 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2011). «Guidelines for field triage of injured patients-Recommendations of the National Expert Panel on Field Triage», *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendation and reports*, vol. 61, nº 1, p. 1-35.

COMEAU, O. Y., J. ARMENDARIZ-BATISTE et S.A. WOODBY (2015). «Safety First! Using a checklist for inter-facility transport of adult intensive care patients», *Critical Care Nurse*, vol. 35, nº 5, p. 16-26.

CROKER, M., et collab. (2010). «Patient safety and image transfer between referring hospitals and neuroscience centres: could we do better?», *British Journal of Neurosurgery*, vol. 24, nº 4, p. 391-395.

FANARA, B., et collab. (2010). «Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients», *Critical Care*, vol. 14, nº 3, R87, 10 p.

FIDACARO, G. A. Jr., C. W. JONES et L. A. DRAGO (2018). «Pediatric transport practices among prehospital providers», *Pediatric Emergency Care*. [Published ahead of print].

FLABOULIS, A., W. B. Runciman et B. Levings (2006). «Incidents during out-of-hospital patient transportation», *Anesthesia and Intensive Care*, vol. 34, nº 2, p. 228-236.

FLUTTER, L., et collab. (2017). « Chapter 90: Transport of the critically ill patient», dans HARDMAN, J. G., P. M. HOPKINS et M.R.F STRUYS (2017). *Oxford Textbook of anesthesia*, Oxford University Press.

HAGEDOORN N. N., J. M. ZACHARIASSE et H. A. MOLL (2019). «Association between hypotension and serious illness in the emergency department: an observational study». *Archives of Disease in Childhood*. [Published ahead of print].

HEE KANG CHOI, R. N., et collab. (2012). «A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients», *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 30, nº 8, p. 1433-1440.

HERRIGEL, D. J., et collab. (2016). «Interhospital transfer handoff practices among US Tertiary Care Centers: a descriptive survey», *Journal of Hospital Medicine*, vol. 11, nº 6, p. 413-417.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2017). *Bilan de qualité et de performance en traumatologie : Guide d'accompagnement pour l'analyse des statistiques descriptives et des indicateurs de processus et de résultats*, Québec, 63 p.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2013). «Avis sur les critères de triage préhospitalier en traumatologie», *ETMIS*, vol. 9, nº 8, 58 p.

JOHNSTON, A., et L. TULLOCH (2015). «4.3.7: Transfer medicine», dans FACULTY OF INTENSIVE CARE MEDICINE, et collab. (2015) *Guidelines for the provision of intensive care services*, edition 1, 200 p.

KLEINMAN, M. E., et collab. (2010). «Pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care». *Pediatrics*, vol. 126, nº 5, p. e1361-1399.

KNIGHT, P. H., et collab. (2015). «Complications during intrahospital transport of critically ill patients: focus on risk identification and prevention», *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, vol. 5, nº 4, p. 256-264.

KUE, R., et collab. (2011). «Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report», *American Journal of Critical Care*, vol. 20, nº 2, p. 153-161.

KULSHRESTHA, A., et J. SINGH (2016). «Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts», *Indian Journal of Anaesthesia*, vol. 60, nº 7, p. 451-457.

LOW, A., et J. HULME (2015). *ABC of transfer and retrieval medicine*, Wiley Blackwell, 224 p.

MANATAKI, A., J. FLEURIOT et P. PAPAPANAGIOTOU (2016). «A workflow-driven, formal methods approach to the generation of structured checklists for intra-hospital patient transfers», *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, vol. 21, nº 4, p. 1156-1162.

MARTINS, S. B., SHOJANIA, K. G. (2001). «Chapter 47. Safety During Transport of Critically Ill Patients» dans AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2001). *Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices*. [Archived EPC evidence reports].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Services préhospitaliers : urgence d'agir – Rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*, Québec, 169 p.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2017). *Chapter 34: Standardised systems of care for intra- and inter-hospital transfers* [draft for consultation], July, 48 p.

ODETOLA, F. Q., et collab. (2016). «An innovative framework to improve efficiency of interhospital transfer of children in respiratory failure», *Annals of the American Thoracic Society*, vol. 13, nº 5, p. 671-677.

ONG, M. S., et E. COIERA (2011). «A systematic review of failures in handoff communication during intrahospital transfers», *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 37, nº 6, p. 274-284.

PAKULA, A. M., et collab. (2016). «Inter-hospital critical care transport: implementation of a novel policy and review of the literature», *International Journal of Critical Care and Emergency Medicine*, vol. 2, nº 1.

REIMER, A. P., F. M. HUSTEY et D. KRALOVIC (2013). «Decreasing door-to-balloon times via a streamlined referral protocol for patients requiring transport», *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 31, nº 3, p. 499-503.

ROBINSON, V., et collab. (2009). «Transferts de patients entre établissements: comment l'ambulance locale est-elle utilisée ?», *Healthcare Policy*, vol. 4, nº 3, 18 p.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (2017). *National Early Warning score (NEWS) 2: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*, London: RCP, 77 p.

SINGH, J. M., et collab. (2016). « Frequency, Composition, and Predictors of In-Transit Critical Events During Pediatric Critical Care Transport», *Pediatric Critical Care Medicine*, vol. 17, nº 10, p. 984-991.

STEFFEN, K. M., et collab. (2018). «Pediatric transport triage: development and assessment of an objective tool guide transport planning», *Pediatric Emergency Care*. [Published ahead of print].

THE FACULTY OF INTENSIVE CARE MEDICINE, et INTENSIVE CARE SOCIETY. (2019). *Guidance on: The transport of the critically ill adult*, London, 40 p.

VAN LIESHOUT, E. J., et K. STRICKER (2011). *Patient transportation: skills and techniques*, European Society of Intensive Care Medicine, 62 p.

VANGRAAFEILAND, B., et collab. (2019). «Improving the handover and transport of critically ill pediatric patients», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 28, nº 1-2, p. 55-65.

VU, E. (2017). *Interfacility transport of acute and critically ill patients in British Columbia*, BC Emergency Medicine Network.

WARREN, J., et collab. (2004). «Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients», *Critical Care Medicine*, vol. 32, nº 1, p. 256-262.

Membres du groupe de travail

Docteure Laurence Alix-Séguin
Spécialiste en pédiatrie et en médecine d'urgence pédiatrique
CHU Sainte-Justine

Docteur Martin Laliberté
Spécialiste en médecine d'urgence
Centre universitaire de santé McGill, Montréal

Docteur François Paquet
Spécialiste en médecine d'urgence
CISSS Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis

Docteur Ernest Prégent
Spécialiste en médecine d'urgence
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Directeur de l'Amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec

Membres du Comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence (CEASPU)
Les docteurs Martin Laliberté, François Bégin, Gilles Bourgeois, François de Champlain, Pierre Guérette, Colette D. Lachaîne, Wayne John Smith, Jean-Bernard Trudeau, Louis-Philippe Pelletier, Dave Ross et monsieur Sébastien Légaré, paramédic en soins avancés.

Remerciements
Le Comité externe aviseur sur les services préhospitaliers d'urgence tient à remercier tous les réviseurs externes, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ainsi que les organismes et associations professionnelles qui ont revu et commenté le présent document. Les auteurs remercient les docteurs Mireille Paradis et Jean-Sébastien Tremblay-Roy de leur apport pédagogique.