

# **Recommandations concernant les transports médicalisés intra-hospitaliers (SFAR 1994)**

Mis en ligne le 11 Décembre 2002 et modifié le 11 Avril 2013

## **Février 1994**

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

Pr P.Carli Directeur du groupe (Paris)

Pr P.Adnet (Lille), Pr F.d'Athis (Montpellier), Dr L. Jacob (Paris), Dr P.Lassie (Bordeaux), Pr T.Pottecher (Strasbourg), Dr B.Riou (Paris)

## **Préambule**

Dans le but de contribuer à une sécurité optimale des patients transportés dans l'hôpital, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation recommande une prise en charge et une surveillance fondée sur les éléments détaillés dans ce document.

Ces recommandations concernent des patients atteints d'une détresse vitale patente ou latente, ou dont le pronostic fonctionnel est gravement menacé. Ces patients sont destinés à être hospitalisés dans une unité de soins intensifs, après la pratique éventuelle d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

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 transport.

Ne seront pas envisagés dans ces recommandations, les transports de nouveau-nés ou ceux impliquant une équipe spécialisée dans les transferts interhospitaliers médicalisés pour lesquels ont été élaborées des recommandations spécifiques.

## **I - Modalités d'organisation des transports**

La décision de transfert est prise conjointement par les médecins du service de départ et du service receveur. Schématiquement, ce type de transfert intrahospitalier peut concerner des transports entre deux unités d'anesthésie, de réanimation ou leur équivalent, ou des transferts entre une unité d'anesthésie ou de réanimation et une unité ne relevant pas de ces spécialités.

Dans le premier cas, la prise en charge du patient est assurée conjointement par les deux équipes qui peuvent se transférer la responsabilité du patient. Dans le deuxième cas, c'est l'équipe d'anesthésie ou de réanimation qui en assure l'organisation et la réalisation.

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

Avant le transport, le médecin responsable du patient et celui organisant le transport évaluent l'état du patient, adaptent les soins en cours et les éléments de surveillance aux circonstances.

Au cours du transport, le patient est soumis à une surveillance constante et adaptée à son état. Elle porte sur des éléments cliniques permettant de détecter une détresse respiratoire,

cardiovasculaire ou neurologique et sur les éléments spécifiques qui peuvent être nécessités par l'affection, dont est atteint le patient ou par les thérapeutiques entreprises et poursuivies au cours du transport. Il est hautement souhaitable que la surveillance clinique soit complétée par une surveillance continue de la saturation artérielle en oxygène et de l'électrocardiogramme. Il est recommandé de renforcer la surveillance des paramètres vitaux et des éléments de soins et de monitoring au décours des différentes mobilisations des patients.

A l'arrivée dans l'unité qui reçoit le patient, et avant de la quitter, l'équipe de transport s'assure que la continuité des soins et de la surveillance est respectée, tout particulièrement lorsque le motif du transport est la réalisation d'un examen complémentaire.

### **III - Matériel nécessaire**

L'équipe de transfert doit disposer du matériel permettant la prise en charge d'une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique. Ce matériel doit permettre en particulier de poursuivre dans de bonnes conditions l'assistance ventilatoire, la perfusion de solutés et l'administration de médicaments. Si des médicaments spécifiques sont nécessaires au traitement de la pathologie en cours de transport, ils doivent être disponibles.

#### **Le matériel recommandé**

pour le transport intrahospitalier de courte durée d'un patient stable doit être portable, autonome en énergie et comprendre au minimum :

- une quantité d'oxygène en bouteille adaptée à la durée du transport;
- un insufflateur manuel (avec un masque);
- si le patient est ventilé artificiellement, un respirateur de transport automatique muni d'une alarme de débranchement;
- un oxymètre de pouls;
- un électrocardioscope de transport;
- un tensiomètre manuel.

#### **Lorsque le transport est de longue durée,**

ou que l'état du patient le nécessite, l'équipe doit pouvoir disposer en outre des éléments suivants:

- un capnomètre ou un capnographe, un spiromètre branché sur le respirateur, un système d'aspiration;
- un dispositif automatique non invasif de mesure de la pression artérielle (ou un dispositif de mesure de la pression artérielle par voie sanglante portable, si le patient est déjà monitoré par cette technique);
- un ou plusieurs dispositifs de perfusion à débit continu, tel qu'un pousse seringue électrique portable;
- un défibrillateur;
- le cas échéant un système d'entraînement électrosystolique portable;

**un dispositif de prévention de l'hypothermie, au minimum une couverture de survie.**

**un lit ou un brancard adapté au transport du malade,**

ainsi que du matériel de surveillance et de traitement.

### **IV - Moyen de transport**

A l'intérieur de l'hôpital, le choix du moyen de transport est dicté par la distance, la durée, les circonstances du transport (hôpitaux pavillonnaires, plusieurs bâtiments) et l'état du patient. Il peut s'agir du lit du patient, d'un brancard spécial, ou d'une ambulance.

Le moyen de transport choisi doit permettre la disposition du matériel nécessaire à la thérapeutique et à la surveillance du patient.

## **V - Composition de l'équipe de transport**

L'équipe de transport comprend :

- deux brancardiers;
- un médecin dont les compétences sont adaptées à l'état du patient et aux circonstances du transport.

Lorsque l'état du patient l'autorise, celui-ci peut être confié de préférence à un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état ou à un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état. Dans ce cas, le transport est effectué sous la responsabilité d'un médecin qui peut être appelé et intervenir à tout moment.

Cette équipe peut être complétée par un médecin en formation ou une infirmière en formation.

La Société Française d'Anesthésie Réanimation recommande aux médecins anesthésistes-réanimateurs, responsables de l'organisation des transferts, de réaliser en accord avec les services administratifs concernés un plan permettant leur mise en conformité avant le 1er mai 1995.