



PROCEDURE DE TRANSMISSION SMUR/SAMU/DCA POUR LES patients(es) traumatisés(ées)

REDACTION : TRENAU

VALIDATION : Commission scientifique

MAJ 28-09-2021

1. Introduction

La transmission médicale a pour but d'assurer une continuité des soins chez un patient ; Correctement menée, elle permet une diminution du risque d'erreur médicale.

Dans le cas particulier du patient traumatisé sévère, c'est un moment critique qui permet d'assurer une continuité des soins entre deux équipes médicales différentes.

Le but est d'obtenir rapidement l'intégralité des informations essentielles et précises pouvant mener à des décisions éclairées dans un temps potentiellement limité de par la gravité immédiate du patient.

Homogénéiser les bilans permettra d'éviter des erreurs et ne pourra qu'améliorer la prise en charge des patients

2. De Façon générale

L'état du patient dicte toujours à quel moment de la prise en charge les transmissions vont être faites.

En présence d'un patient Grade A ou d'un traumatisme pénétrant, le temps d'acheminement vers le DCA ne doit pas être allongé pour des raisons logistiques.

Le médecin régulateur suit l'ensemble de la Prise en charge, et doit être l'interlocuteur prioritaire du médecin SMUR. Il doit favoriser au maximum les conférences à 3 avec le médecin du DCA.

Le médecin préhospitalier appelle la régulation dont dépend le lieu de l'accident.

Le médecin SMUR fera toujours deux transmissions : une première au médecin régulateur SAMU en pré hospitalier, et une deuxième au médecin DCA

Il faudra également être attentif aux délais de réponse des régulations aux médecins SMUR.

L'état clinique du patient doit toujours primer : en présence d'un patient Grade A ou d'un traumatisme pénétrant, le temps d'acheminement vers le DCA ne doit pas être allongé pour des raisons logistiques.

3. Problématique

Les patients traumatisés les plus grave (A et B) doivent être pris en charge dans les centres adaptés de niveau 1 ou 2 (CHUGA, CHMS, CHANGE)

Cette procédure vise à uniformiser la période critique des transmissions médicales entre le pré-hospitalier et la régulation, mais aussi entre le SAMU/ SMUR et DCA d'admission.

Il n'existe pas de méthode standardisée de transmissions avec une structure de communication commune aux deux équipes.

Moment court (60 secondes) et incompressible de silence et d'attention de la part des deux équipes dans leur ensemble (personnel médical ET paramédical).

Au-delà des grades, la transmission sera en fait différente selon la stabilité du patient :

- En cas d'instabilité, la transmission médicale sera précédée des mesures de stabilisation qui ne peuvent pas attendre.
- Si le patient est stable, la transmission se fera après transfert du patient sur le brancard du DCA.

Multiples Possibilités de discordances entre les informations données par l'équipe SMUR ou le médecin régulateur SAMU initialement et les informations attendues par l'équipe du DCA.

Multiplicité des intervenants intérieurs et extérieurs,

Multiplicité des méthodes de transmissions.

Période de stress pour les deux équipes, liée à la gravité et l'évolution du patient.

Possible perte d'informations liée au personnel SMUR

- Par omission, lié à un manque de synthèse ou au stress de la situation pré-hospitalière
- Par saturation d'informations peu pertinentes
- Par la multiplicité des transmissions (SAMU, relais DZ, DCA)
- Par l'absence d'identification des différents interlocuteurs

Possible perte d'informations liée au personnel DCA

- Par diminution de l'attention
- Par la présence d'interlocuteurs/actions multiples et simultanés (Médecins, internes, externes, IDE, IADE, ambulanciers, brancardiers, pompiers...)
- Temps de transmissions trop longs pouvant mener à un arrêt prématuré de la transmission médicale par un facteur humain ou à la dégradation du patient.

4. Objectifs

Admettre le patient au DCA en ayant déjà une bonne idée du patient à accueillir : organiser au mieux l'accueil et solliciter éventuellement des ressources supplémentaires

Permettre d'anticiper certaines PEC spécifiques, notamment les Traumatismes pénétrants.

Obtenir toutes les informations utiles et pertinentes pour toute l'équipe du DCA (Médecin, IADE, brancardiers) de la part de l'équipe du SMUR (Médecin avec complément au besoin par IDE et ambulancier).

Éliminer ou diminuer les informations peu pertinentes.

Raccourcir au maximum la durée des transmissions, Le tout dans une ambiance bienveillante et empathique.

Chaque fois que possible, c'est le médecin pre-hospitalier qui a pris en charge le patient qui sera au déchocage pour transmettre le patient à l'équipe d'accueil.

BILAN/ TRANSMISSION DU SMUR/SAMU

5. Bilans d'Ambiance

Réalisé dans les 15 premières minutes de la PEC SMUR.

Il pourra être pris par le médecin régulateur ou L'Auxiliaire de régulation médicale

Ce bilan se fera de façon organisée, suivant une check liste spécifique, permettant d'améliorer la communication et fluidifier la Prise en charge. (cf Annexe)

Il permettra au médecin régulateur

- De se faire une idée plus précise de la situation
- De renforcer la PEC selon les procédures locales (envoi d'un vecteur hélicoptéré, organiser une transfusion pré-hospitalière, renfort SMUR...)
- De commencer à organiser l'orientation future du patient selon les critères du TRENAU

6. Transmission du SMUR vers le SAMU, et du SAMU vers le DCA

Le bilan du SMUR est primordial dans la continuité de prise en charge entre l'équipe SMUR et DCA.

Un bilan efficace permet d'anticiper la gravité supposée du patient traumatisé sévère, afin d'établir une stratégie de prise en charge optimale selon les critères de triage au sein du réseau.

La même structure de transmission devra être utilisée lors du bilan téléphonique par le médecin régulateur SAMU au médecin DCA, avec l'ajout systématique du délai d'arrivée.

Chaque fois que possible, et systématiquement en cas de prise en charge complexe, le bilan préhospitalier sera effectué en conférence à trois : SMUR, SAMU et DCA.

Il suivra la Trame suivante :

- 1- Type de Mécanisme lésionnel :
 - a. Cinétique
 - b. Pénétrant/ Non Pénétrant
 - c. Heure de l'accident
- 2- Grade Préhospitalier
 - a. Si Grade A :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique
 - b. Si Grade B :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique
 - c. Grade C
- 3- Principales constantes :
Fréquence cardiaque/Pression artérielle
Fréquence Respiratoire/ SpO₂/ Débit d'O₂
Glasgow / Score Moteur
Température
Hémocue
- 4- Site Lésionnel Principal :
 - a. Crâne
 - b. Rachis
 - c. Thorax
 - d. Abdomen
 - e. Bassin
 - f. Membres
- 5- Sexe, Age, Antécédents du patients et traitements
Limiter les antécédents et les traitements à ceux pouvant modifier la prise en charge
- 6- EFAST
- 7- Conditionnement du Patient
- 8- Thérapeutiques
- 9- Réponse au Tt/Evolution du Tt
- 10- Délai d'arrivée estimé au DCA

De façon exceptionnelle, en l'absence de possibilité de communication entre le médecin SMUR et le SAMU, un bilan dégradé pourra être réalisé, et devra être retranscrit dans le même ordre au médecin DCA.

- 1- Circonstance de l'accident
Mécanisme lésionnel, Pénétrant/ Non Pénétrant
- 2- Grade Pre-Hospitalier
 - a. Si Grade A :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique

- b. Si Grade B :
 - Instabilité Hémodynamique ou
 - Instabilité Respiratoire ou
 - Instabilité Neurologique
 - c. Grade C
- 3- Site Lésionnel Principal :
- a. Crâne
 - b. Rachis
 - c. Thorax
 - d. Abdomen
 - e. Bassin
 - f. Membres
- 4- Conditionnement Minimal :
- a. Patient Intubé Ventilé ?
 - b. Patient sous Amines ?
- 5- Délai d'arrivée au DCA
- 6- Prévenir et attendre la confirmation du médecin DCA

7. Bilan dynamique

Toujours effectuer un bilan dynamique à 10 minutes de l'arrivée en cas de vecteur terrestre.

Pour les transports hélicoptérés, ce bilan dynamique aura lieu sur la DZ d'atterrissage.

Ce bilan dynamique est à réaliser de façon systématique par le médecin SMUR en passant par le 15, pour alerter le DCA ; ce bilan rapide ne passera pas forcément par le médecin régulateur SAMU.

Lors de ce bilan, donner l'évolution du patient, les dernières constantes et les nouvelles thérapeutiques.

TRANSMISSION AU DCA, AVEC TRANSFERT DE RESPONSABILITE

8. Structure de la Transmission du SMUR vers le DCA

Afin de garder les transmissions médicales les plus concises et précises possible, il est proposé une Trame de transmission, qui doit être systématiquement suivie.

La nature des informations doit être factuelle et basée sur des modèles médicaux acquis et validés.

Ne pas faire de Transmissions médicales et Paramédicales séparées.

LA DUREE NE DOIT PAS DEPASSER LES 60 SECONDES

- 1) GRADE du traumatisé sévère
 - A : indiquer si l'instabilité est hémodynamique, neurologique et/ou respiratoire
 - B : hémodynamique ? respiratoire ? neurologique ?
 - C :
- 2) Sexe, Age, Antécédents du patients et traitements

Limiter les antécédents et les traitements à ceux pouvant modifier la prise en charge (les autres seront notés dans la fiche d'intervention). Des éléments requis dans le compte rendu pré hospitalier ne sont pas forcément des éléments essentiels à la transmission médicale.

3) Histoire de la maladie

- ✓ Heure de l'accident (si possible donner le délai entre l'accident et l'arrivée au DCA)
- ✓ Mécanisme de l'accident : vecteur ou activité, critères de Vittel, matériel de protection si portée (rester succinct)
- ✓ Heure de l'arrivée SMUR
- ✓ Constantes vitales, GCS (M), focalisation, FC, PA, Hémoglobine si disponible, SpO2 (O2/min), FR, T°

4) Bilan lésionnel (ordre chronologique précis)

1. Face/Crâne
2. Rachis
3. Thorax
4. Abdomen
5. Bassin
6. Membres

5) EFAST

6) Mise en place de matériel (VVP, minerve, ceinture pelvienne, garrots)

7) Mise en place de thérapeutiques

8) Réponse au traitement et évolution du patient pendant le transport

9. Pour un Patient Grade A (instable)

Démarrer le chronomètre à l'Arrivée de l'équipe SMUR

Annonce des dernières constantes vitales par le médecin SMUR (GCS (M) FC/PA (noradrénaline mg/h ou volume de remplissage) /Hémoglobine/SpO2 (O2 L/min ou FiO2)).

Annonce des voies veineuses d'abord en place

Mise en place immédiate de thérapeutiques vitales (démarrer transfusion massive/ drainage PNO/ administration d'adrénaline...) à la discrétion du Trauma Leader (moment de transfert de « Lead » entre SMUR et DCA)

Au moment opportun, le Trauma Leader annonce la transmission médicale par le médecin SMUR

Période de silence de 60 secondes et d'inactivité où l'équipe du DCA écoute en silence la transmission du médecin SMUR dans son intégralité.

Demande du Trauma Leader si le reste de l'équipe du SMUR (IDE, ambulancier) a des informations pertinentes complémentaires à fournir

Moment laissé aux éventuelles questions de l'équipe du DCA pour compléter les transmissions médicales.

Transfert du patient sur brancard DCA et mise en place du scope DCA

L'équipe DCA reprend la prise en charge

L'équipe SMUR se retire pour finaliser le compte rendu détaillé de prise en charge pré hospitalière sur la fiche d'intervention (dans le bureau médical du DCA)

Le médecin SMUR annonce son départ du DCA au Trauma Leader afin de vérifier qu'il n'y a pas d'autres questions

10. Pour un Patient Grade B/C (stable ou stabilisé)

Le patient reste sur le brancard du SMUR/VSAV avec SCOPE SMUR visible

Le Trauma Leader annonce la transmission médicale par le médecin du SMUR

Période de silence de 60 secondes et d'inactivité où l'équipe du DCA écoute en silence la transmission du médecin SMUR dans son intégralité.

Demande du Trauma Leader si le reste de l'équipe du SMUR (IDE, ambulancier) a des informations pertinentes complémentaire à fournir

Moment laissé aux éventuelles questions de l'équipe du DCA pour compléter les transmissions médicales

Transfert sur brancard du DCA et mise en place du SCOPE DCA

Début de la prise en charge par équipe DCA

Le médecin SMUR annonce son départ du DCA au Trauma Leader afin de vérifier qu'il n'y a pas d'autres questions

11. Particularités du Secours en Montagne

En cas de problèmes de communication liés au matériel et à l'environnement, une procédure de transmission dégradée avec quelques mots clefs est proposée :

La trame reprendra celle détaillée en mode dégradé (cf)

Dans tous les cas le bilan sera obligatoirement complété :

- Au décollage de l'hélicoptère

- A l'arrivée sur la DZ par un bilan dynamique à l'arrivée du patient traumatisé sévère

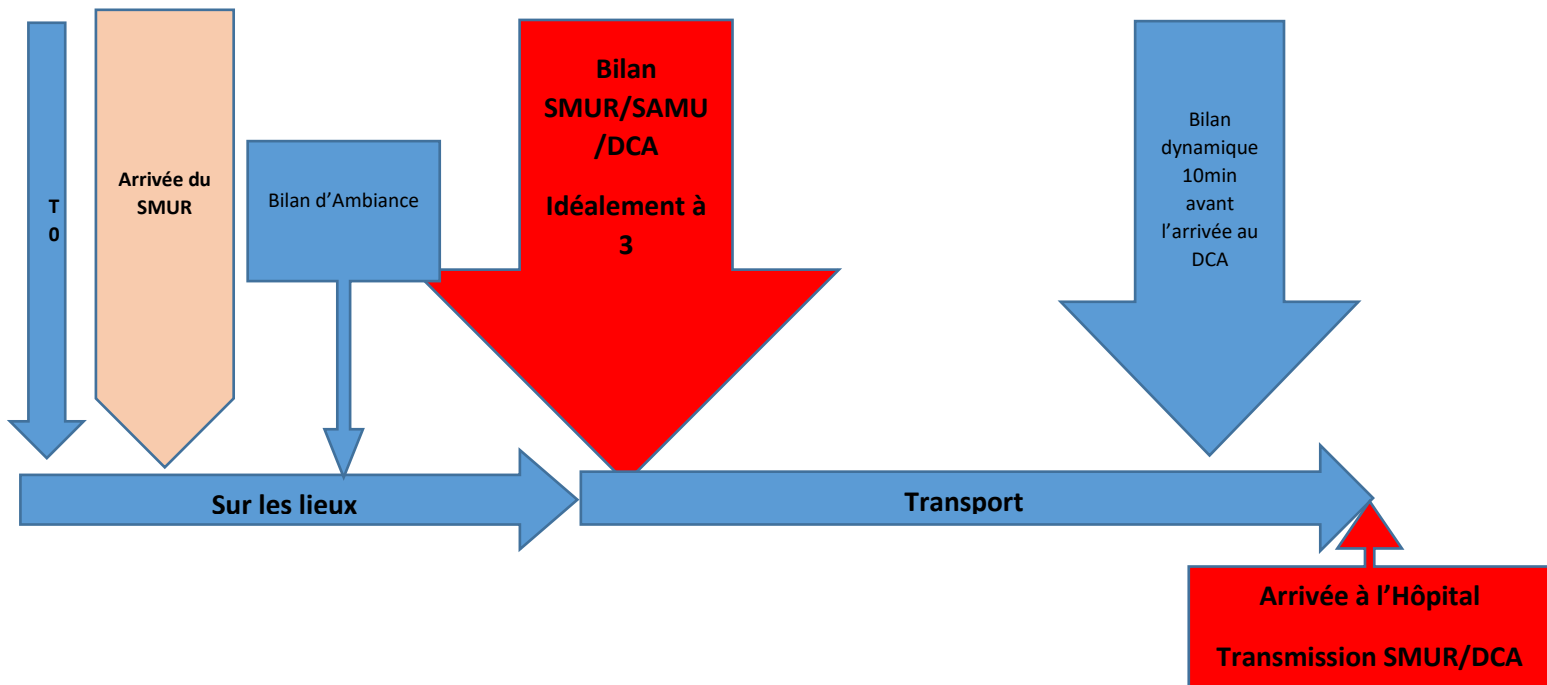
Proposition du TRENAU de travailler en commun avec le bureau RENAAV pour rechercher la meilleure façon possible de transmettre des bilans en cas de secours hélicoptéré.

Rappel : Critères de gradation de la gravité des patients traumatisés sur les lieux de l'accident

GRADE A
<ul style="list-style-type: none">- Détresse respiratoire SpO2 <90% sous O2- PAS < 100 mmHg après remplissage >1000 ml- GCS ≤8 ou GCSM (score de <u>Glasgow</u> moteur) ≤4- Nécessité d'amines <u>vasoactives</u>- Transfusion pré hospitalière
GRADE B
<ul style="list-style-type: none">- Détresse respiratoire stabilisée (spO2≥90%)- Hypotension corrigée (PAS ≥100mmHg)- GCS ≥ 9 et ≤13- Traumatisme pénétrant (tête, cou, tronc)- Traumatisme thoracique avec volet ou déformation- Traumatisme <u>vertébro-médullaire</u> avec déficit sensitif ou moteur permanent ou transitoire- Traumatisme de bassin grave (fracture ouverte, mobilité, déformation)- Lésion vasculaire d'un membre (hémorragie ou ischémie)- <u>Hémopéritoine</u>, <u>Hémothorax</u>, <u>Hémopéricarde</u> (Fast echo)
GRADE C
<ul style="list-style-type: none">- Chute de hauteur élevée : adulte ≥ 6 mètres ; Enfant ≥ 3 fois la taille de l'enfant- Victime projetée, éjectée du véhicule, écrasée et/ou blast- Fractures de 2 os longs proximaux (humérus ou fémur)- Décès d'une victime dans le même habitacle- Jugement clinique du <u>smur</u> (ou équipe des urgences)
Prudence en fonction de l'évaluation du terrain (en cas de doute = Grade C)
<ul style="list-style-type: none">- Grossesse > 24 SA- Patient sous AVK, AOD, ou association d'<u>anti-agrégants</u>- Enfant de ≤ 5 ans et personne âgée ≥ 75 ans- Comorbidités sévères

Organisation des déchochage pour l'accueil d'un patient grade A ou B :

	DCA	Lignes directes SAMU/ C15
Isère	04 76 76 81 01	04 76 42 42 42 ou 04-73-63-42-15
Savoie	04 79 96 50 41	04 79 68 63 15 Demander au SAMU 73 les lignes dédiées bilan hélico, SMUR, AP/VSAV ; selon procédure interne au service
Haute Savoie	04 50 63 68 68	04 50 05 51 10

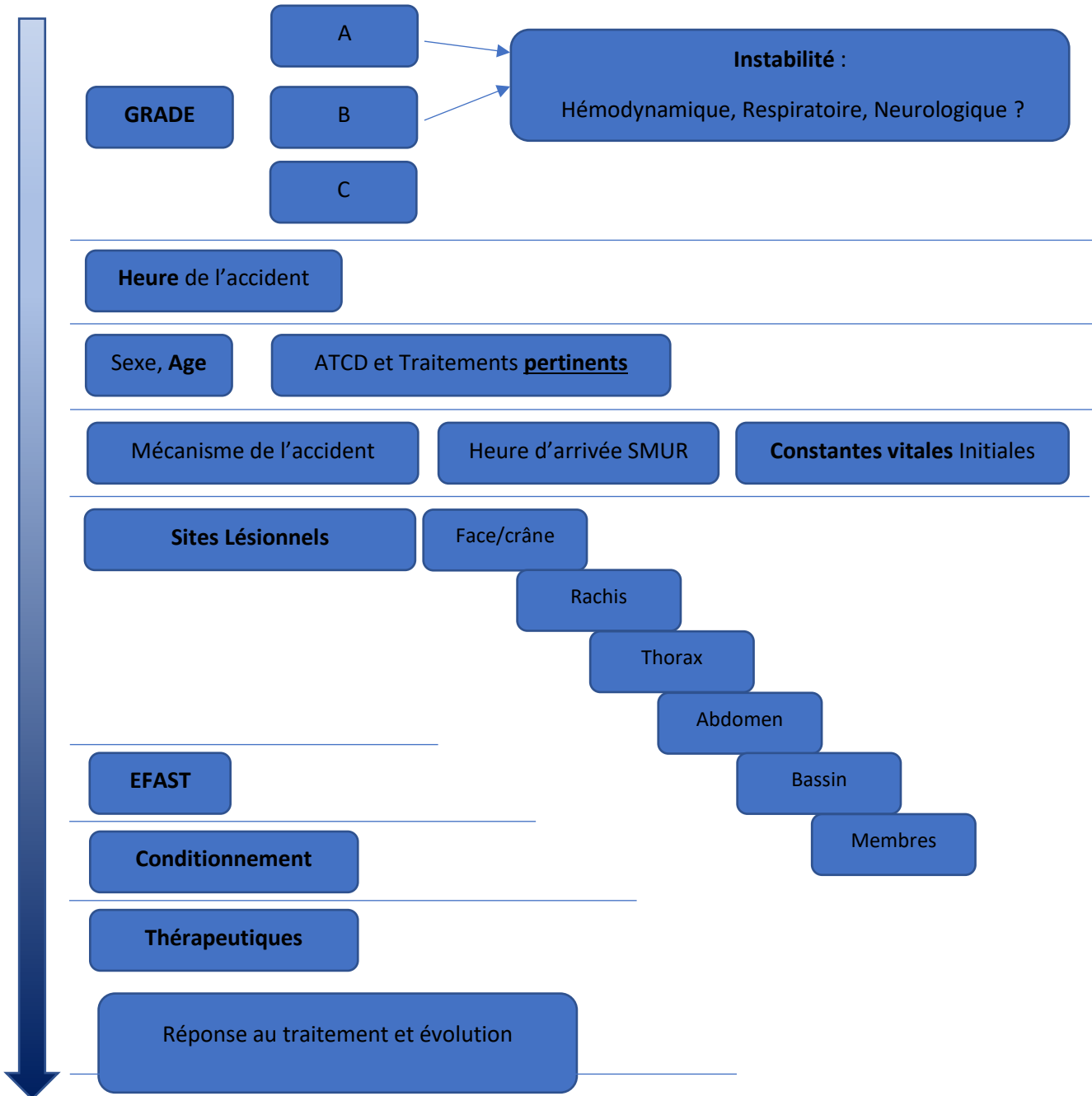


Transmissions SMUR - SAMU - DCA

en situation de communication optimale

Privilégier une conférence à trois

Durée maximale de la transmission 60 secondes



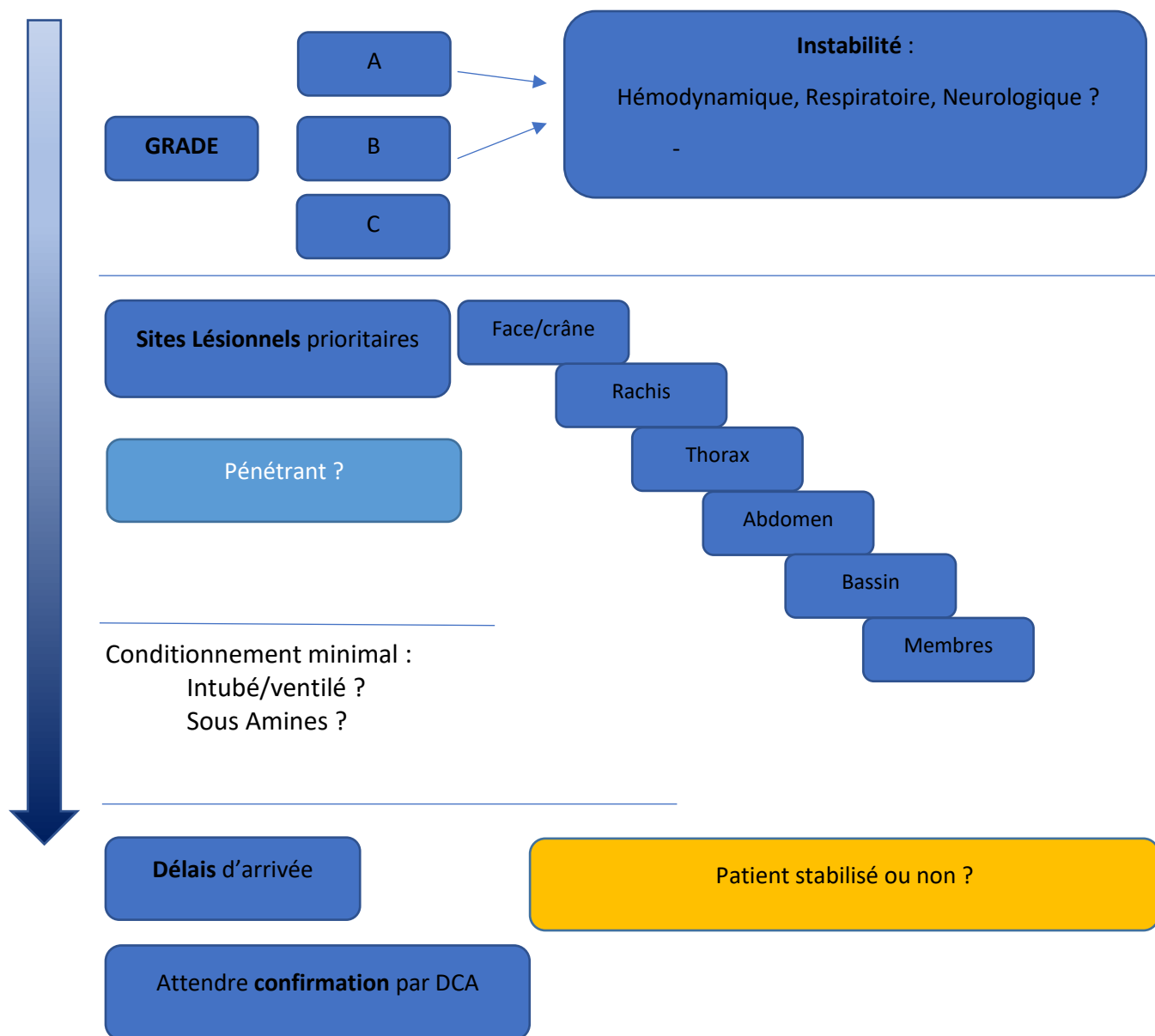
- 1- Type de Mécanisme lésionnel :
 - a. Cinétique
 - b. Pénétrant/ Non Pénétrant
 - c. Heure de l'accident

- 2- Grade Pre-Hospitalier
 - a. Si Grade A :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique
 - b. Si Grade B :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique
 - c. Grade C
- 3- Principales constantes :
Fréquence cardiaque/Pression artérielle
Fréquence Respiratoire/ SpO2/ Débit d'O2
Glasgow / Score Moteur
Température
Hémocue
- 4- Site Lésionnel Principal :
 - a. Crâne
 - b. Rachis
 - c. Thorax
 - d. Abdomen
 - e. Bassin
 - f. Membres
- 5- Sexe, Age, Antécédents du patients et traitements
Limiter les antécédents et les traitements à ceux pouvant modifier la prise en charge
- 6- EFAST
- 7- Conditionnement du Patient
- 8- Thérapeutiques
- 9- Réponse au Tt/Evolution du Tt
- 10- Délai d'arrivée estimé au DCA

Transmissions SMUR - SAMU

en situation de communication dégradée*

Ce mode opérationnel doit rester exceptionnel



Penser au bilan dynamique dès que la situation le permet

*Situation de communication dégradée : lié à des contraintes matérielles ou d'environnement

Transmissions dégradées, en cas d'impossibilité d'une communication entre le med pré-hospitalier et le médecin du SAMU..

Le bilan est pris par l'ARM, selon un ordre précis, qui pourra le communiquer aux médecins DCA/Régulateur dans le même ordre :

- 1- Circonstance de l'accident
Mécanisme lésionnel, Pénétrant/ Non Pénétrant
- 2- Grade Pre-Hospitalier
 - a. Si Grade A :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique
 - b. Si Grade B :
Instabilité Hémodynamique ou
Instabilité Respiratoire ou
Instabilité Neurologique
 - c. Grade C
- 3- Site Lésionnel Principal :
 - a. Crâne
 - b. Rachis
 - c. Thorax
 - d. Abdomen
 - e. Bassin
 - f. Membres
- 4- Conditionnement Minimal :
 - a. Patient Intubé Ventilé ?
 - b. Patient sous Amines ?
- 5- Délai d'arrivée au DCA
- 6- Prévenir et attendre la confirmation du médecin DCA