

# **Réflexions éthiques sur les transferts interhospitaliers médicalisés et le devenir à court et moyen terme des patients ainsi transférés.**

**Martine Gaillard  
Thèse 1995**

## **A/Introduction**

## **B/ Historique**

## **C/ Les structures**

### **1: Le département du Val de Marne**

### **2: Les structures hospitalières**

II-1 Les hôpitaux de l'Assistance Publique

II-2 Les hôpitaux intercommunaux

II-3 Les hôpitaux privés et apparentés

II-4 Le secteur privé

II-5 Le secteur hospitalier psychiatrique public en dehors des hôpitaux de l'Assistance Publique

### **3: L'Aide Médicale Urgente**

## **D/ Population et Méthodes**

1: Population

2: Méthodes

### **II-1 Le recueil des données initiales**

II-1-1: les données administratives

II-1-2: l'équipe médicale

II-1-3: l'origine de l'appel

II-1-4: le lieu d'accueil du patient

II-1-5: les pathologies

II-1-6: la demande de transfert et sa justification

II-1-7: le transport proprement dit

II-1-8: le bilan clinique

### **II-2: Devenir hospitalier du patient**

### **II-3: Devenir à court terme**

II-3-1: les conditions de vie

II-3-2: le statut médical du patient avant son hospitalisation et son transfert

II-3-3: la connaissance des structures médicales d'urgence

II-3-4: la reconnaissance et le vécu du transfert

II-3-5: la justification du transfert

II-3-6: l'hospitalisation

II-3-7: le devenir médical au décours de l'hospitalisation

II-3-8: le retentissement au quotidien à court terme de la maladie

### **II-4: Devenir à moyen terme**

II-4-1: les conditions de vie familiale

- II-4-2: la vie professionnelle
- II-4-3: l'impact médical de la maladie au quotidien
- II-4-4: les structures médicales d'urgence
- II-4-5: le vécu de l'hospitalisation
- II-4-6: la qualité de vie
- II-5: Confrontations des résultats
- II-6: L'analyse statistique

## **E/ RESULTATS**

### **I: Population**

- I-1: Mortalité
- I-2: Pyramide des âges
- I-3: Origine géographique de la population
- I-4: Origine géographique du centre hospitalier demandant le transport et ses caractéristiques
- I-5: Caractéristiques du centre hospitalier d'accueil
- I-6: Données épidémiologiques des transferts interhospitaliers
  - I-6-1: répartition saisonnière des transferts
  - I-6-2: répartition hebdomadaire des transferts
  - I-6-3: répartition quotidienne des appels
  - I-6-4: l'équipe médicale
  - I-6-5: incidence du mode d'admission du patient sur son délai de transfert et son devenir
  - I-6-6: délais de transferts après l'appel au SAMU
  - I-6-7: motifs du transfert
  - I-6-8: origine des demandes de transfert et leur justification
  - I-6-9: Rapid Acute Physiology Score et devenir

### **II: Devenir du patient au décours de son transfert**

- II-1: Les hospitalisations en réanimation
- II-2: Les hospitalisation dans leur ensemble
- II-3: Devenir immédiat au delà de l'hospitalisation

### **III: Devenir à court terme**

- III-1: Caractéristiques épidémiologiques des répondants
- III-2: Conditions de vie des répondants
- III-3: Statut médical du patient avant son transfert et son hospitalisation
- III-4: Connaissance des structures d'urgence et du centre 15
- III-5: Appréciation du transport
- III-6: Justification du transfert
- III-7: Vécu de l'hospitalisation
- III-8: Devenir médical immédiat au décours de l'hospitalisation
- III-9: Retentissement au quotidien à court terme de la maladie

### **IV: Devenir à moyen terme**

- IV-1: Caractéristiques épidémiologiques des répondants
- IV-2: Evolution des conditions de vie familiale à moyen terme
- IV-3: Retentissement sur la vie professionnelle
- IV-4: Impact au quotidien à moyen terme de la maladie
- IV-5: Recours au centre 15
- IV-6: Vécu à distance des prestations hôtelières
- IV-7: Echelle de qualité de vie

### **V: Evolution des résultats a court et moyen termes**

- V-1: Evolution des thérapeutiques

V-2: Evolution de l'échelle de qualité de vie

## **F/ DISCUSSION**

### **I: Les structures**

- I-1: Place des transferts interhospitaliers dans les structures hospitalières d'urgence
- I-2: Motifs invoqués pour justifier des transferts indépendamment des délais, impact des structures
- I-3: Structures en cause
- I-4: Transferts interhospitaliers proprement dits
- I-5: Vécu et effets du transport interhospitalier sur le patient

### **II: L Analyse de la décision**

- II-1: Incidences épidémiologiques de la décision
- II-2: Incidence du décideur sur le devenir

### **III: Evaluation du devenir**

- III-1: Devenir hospitalier
  - III-1-1: devenir hospitalier rapporté à la durée d'hospitalisation
  - III-1-2: passé médical et devenir hospitalier
- III-2: Devenir à court terme
  - III-2-1: mortalité à court terme
  - III-2-2: devenir immédiat au décours de l'hospitalisation
  - III-2-3: devenir immédiat et reprise d'une activité professionnelle
  - III-2-4: devenir immédiat et appréciation de la qualité de vie
- III-3: Devenir à moyen terme
  - III-3-1: mortalité à moyen terme
  - III-3-2: insertion, réinsertion professionnelle à moyen terme
  - III-3-3: insertion, réinsertion au quotidien à moyen terme
  - III-3-4: appréciation à un an par le patient de sa qualité de vie

## **G/ CONCLUSION**

## **H/ BIBLIOGRAPHIE**

## **I/ ANNEXES**

# **Réflexions éthiques sur les transferts interhospitaliers médicalisés et le devenir à court et moyen terme des patients ainsi transférés.**

**Martine Gaillard**

**Thèse 1995**

## **A. INTRODUCTION**

Durant les 50 dernières décennies, les progrès réalisés en réanimation, couplés au développement des technologies à visée diagnostique et/ou thérapeutique, de plus en plus performantes, ont permis la prise en charge de patients dont l'état clinique était de plus en plus précaire et instable. Ces progrès ont conduit à la naissance puis à l'extension de centres de soins de plus en plus spécialisés et de plus en plus performants face à des pathologies spécifiques (réanimation néonatale médicale, chirurgicale, service de réanimation infantile, polyvalente, médicale, chirurgicale, cardiologique, réanimation toxicologique...). Parallèlement à ces progrès les transports médicalisés se sont ponctuellement développés puis se sont progressivement structurés et organisés dans les grandes villes d'abord [56] puis généralisés sur l'ensemble du territoire français amenant à la création et à la reconnaissance par tous des services d'Aide Médicale Urgente et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation puis des centres 15 [71]. Ainsi, sont nées les notions de transport dit primaire (transfert d'un patient par une équipe médicale d'un lieu non médicalisé vers un centre de soins adaptés à son état, à son âge et à sa pathologie) et de transport dit secondaire ou transport ou transfert interhospitalier (transfert médicalisé d'un centre de soins vers un autre centre de soins). Ces transferts interhospitaliers sont toujours motivés par la nécessaire réorientation médicale du patient, indépendamment de son délai d'hospitalisation, du lieu d'accueil ou d'hospitalisation, devant une décompensation, une modification de son état clinique, survenant toujours de façon imprévue, requérant en "urgence" ou en "semi urgence" soit un examen complémentaire à visée diagnostique et/ou thérapeutique, soit une réorientation hospitalière que l'on ne peut lui procurer au lieu de son hospitalisation au moment voulu. Si pour le médecin requérant le transfert, l'impérieuse nécessité de celui-ci ne se discute pas, compte tenu de l'état clinique du patient et des impératifs ponctuels liés aux structures (structure inexistante sur place ou structure existante mais indisponible), comment peut-on le justifier d'un point de vue Éthique au patient et/ou à sa famille, qui ne sont pas toujours aptes à entendre les explications et impératifs médicaux, sans aggraver l'angoisse présente ? Pour les médecins des SMUR, auxquels il est demandé un haut niveau de compétence médicale et une maîtrise parfaite des technologies applicables lors de ces transferts interhospitaliers qui imposent discipline, disponibilité, reconnaissance de la pathologie du patient et contact humain aussi adapté que possible à l'état psychologique du patient, ce travail apparaît souvent bref, ingrat, le devenir du patient leur étant souvent méconnu ou reconnu ponctuellement. Les travaux réalisés à leur sujet ne concernent souvent que le suivi d'un malade ou d'une pathologie [28]. Pour notre part [27], notre réflexion a porté entre autres, sur l'aspect pronostique et le devenir à long terme de nouveaux-nés prématurés ou non, hospitalisés en réanimation néo-natale pour souffrance neurologique périnatale et requérant un transfert interhospitalier afin de subir un examen tomodensitométrie cérébral. L'étude de leur devenir avec un recul médian de trois ans nous a révélé la fréquence et la gravité de leurs séquelles neurologiques indépendamment des lésions visualisées ou non au cours de l'examen. Ces résultats nous ont permis de nous interroger sur la légitimité d'un tel examen, aux conditions de réalisation déstabilisantes pour l'enfant (dysrégulation thermique, risque d'hyperoxie .... ) n'amenant à aucune thérapeutique particulière et ne laissant en aucun cas préjuger du pronostic à long terme pour l'entourage familial.

Toujours en pédiatrie, mais cette fois-ci chez l'enfant, Hervé [32] et Bullier [9] ont étudié le devenir à court et long terme des enfants immuno-déprimés relevant de transferts intrahospitaliers et pris en charge par les équipes du SAMU 94 : "Chez les enfants immuno-déprimés, la survenue d'une pathologie aiguë, en particulier d'une détresse respiratoire peut avoir des conséquences gravissimes si un traitement adapté n'est pas rapidement instauré. Considérant par exemple le moment de l'intubation, tous les enfants intubés avant le transfert sont décédés, 20 % des patients intubés pour le transfert ou en réanimation ont survécu. La notion d'intubation apparaît ici comme un facteur prédictif péjoratif à court terme... Toutefois, le cap aigu passé, cette intubation et ce séjour en réanimation ne préjugent en rien de l'évolution à long terme. Le pronostic à long terme n'étant pas modifié par le transport, il convient donc de ne pas hésiter à transférer en service de réanimation les enfants immuno-déprimés présentant un problème aigu et ce, le plus précocement possible, avant d'observer une aggravation irréversible de leur état général". Ces résultats concernent l'enfant dans le cadre d'une pathologie donnée ; ils posent de nombreux problèmes éthiques (l'examen est-il justifié, le transfert n'est-il pas trop tardif ? .... ). Mais qu'en est-il du devenir immédiat à court et moyen terme de l'ensemble des patients pris en charge par les SAMU et les SMUR dans le cadre des transferts interhospitaliers, à l'heure de la restructuration des urgences, de la création des S.A.U. (Services et pôles spécialisés d'Accueil et de traitement des Urgences) et des ANACOR (Antennes d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences). Quels sont les patients transférés dans le cadre de transferts interhospitaliers, quelles pathologies spécifiques présentent-ils, quelles sont les structures qui requièrent les transferts, quels sont les motifs invoqués ou invocables qui font décider du transfert, ces transferts ne sont-ils pas trop tardifs, sont-ils tous nécessaires, qu'en est-il du devenir du patient en fonction des structures sur place au moment de la prise de décision de tels transferts ?

Telles sont quelques questions éthiques et morales que nous posent ces transferts, "c'est toujours de l'homme qu'il s'agit" et auxquelles nous allons tenter de donner quelques éléments de réponse à travers une étude réalisée dans le département du Val de Marne, limitrophe de Paris.

## CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous devons relever que nombre de questions demeurent posées parmi lesquelles quelques éléments de réponses éthiques et morales ont pu être isolés. Si les transferts interhospitaliers médicalisés sont reconnus comme ayant une mortalité nulle, stricto sensu, il est aussi évident que les questions ne sont pas là. La conjoncture actuelle veut regrouper les moyens cliniques et paracliniques au sein de services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences ou SAU, pour optimiser les soins urgents. Cela ne peut que favoriser et accroître le développement des transferts de patients, comme l'entend Steg [86]. Toutefois, notre travail fait apparaître que si la notion de transfert interhospitalier médicalisé, stricto sensu, ne pose pas réellement de problèmes et que si la structure d'aval ne semble pas avoir une incidence sur le devenir du patient en terme de mortalité dès lors que l'on a pu adapter la structure requise à ses besoins, il en est tout autrement de la structure d'amont. En effet, tout semble reposer sur celle-ci et notamment sur les compétences techniques de cette structure d'amont, les connaissances médicales des requérants au transfert, leur compétence à reconnaître le degré de l'urgence et leur compétence à la traiter : en effet, les urgences au sein d'un groupe hospitalier ne sont pas le seul fait des patients se présentant en urgence au service des urgences de celui-ci (1/3 des cas de notre étude), mais sont aussi le fait de décompensation, d'aggravation d'états de patients déjà hospitalisés au sein de la structure (2/3 des cas) depuis plusieurs heures ou jours. N'est-il pas choquant, inacceptable, de noter au sein de services médicaux qui se doivent d'assurer des soins permanents de même niveau tout au long du nyctémère et de l'année civile, les variations de mortalité que nous avons pu et dû relever en fonction de certaines tranches horaires et de certains jours de la semaine, comme si ces services médicaux se mettaient en veilleuse ou refusaient de prendre des décisions à certaines périodes de la journée ? Comment peut-on admettre une diminution relative du taux de mortalité de patients transférés durant certaines périodes de garde, alors que chacun admet actuellement que cette même période est "sous-médicalisée" ? Cette "sous-médicalisation", appréciant son niveau d'incompétence plus aisément ou refusant de prendre des risques ou de faire prendre des risques aux patients, serait-elle garante de transferts plus précoces ? La permanence réelle de soins adaptés à l'état requis par le patient et ce, comme nous l'avons vu, indépendamment des structures, doit être notre obligation prioritaire pour égaliser face à l'urgence les chances de tous les patients indépendamment de leur niveau de connaissance et de reconnaissance des structures d'urgence et du centre 15".

La reconnaissance exacte d'une urgence médicale, par tout médecin, doit se traduire concomitamment par la mise en route de thérapeutiques adaptées ce qui se traduit en terme de transfert interhospitalier par une mise en condition et une prise en charge brève par l'équipe médicale devant réaliser le transfert, et en terme de devenir par une mortalité moindre. Si, en terme de compétence, nous devons tous être vigilants tant au niveau des SAU que des équipes des SAMU/SMUR pour lesquelles nous avons noté les pré-requis demandés par Barrier [3] et Steg [86], il nous paraît tout aussi important d'avoir les mêmes niveaux de compétence au sein des établissements de santé reconnus comme Antennes d'Accueil d'Orientation et de traitement des urgences ou ANAC.

Les transferts interhospitaliers existent, existeront, des patients de plus en plus graves se verront transférés pour optimiser leurs chances de vie vers des services de plus en plus spécialisés. La technologie doit obligatoirement suivre, se miniaturiser, se fiabiliser. Les compétences requises pour réaliser de tels transferts seront de plus en plus exigeantes ; il est donc nécessaire de faire appel à des "Médecins spécialisés dans cette forme de travail" qui requiert compétence, précision, efficacité, reconnaissance immédiate d'un problème technique quelconque, prévoyance des incidents et accidents qui peuvent survenir dans de telles conditions de travail et possédant un sens aigu de la surveillance clinique.

Au terme de ce travail, nous avons noté la gravité médicale des pathologies présentées par ces patients dont les taux de mortalité immédiate, à court et moyen terme, se superposent à ceux des

services de réanimation polyvalente même si 80 % seulement des patients transférés le sont vers de tels services. Au delà de certains aspects négatifs, nous devons nous rappeler qu'à un an, près de 20 % des répondants se situent au maximum de l'échelle analytique de qualité de vie que nous leur avons proposée. Ce taux doit être considéré comme un encouragement pour optimiser à tous les niveaux la qualité de la prise en charge des urgences et conforter les médecins des SAMU et des SMUR dans leur tâche temporaire mais combien importante dans l'ensemble de la chaîne médicale, même si nous devons lutter pour éviter tout transfert abusif dès lors que le patient est dans un établissement disposant de toutes les structures et infrastructures requises par son état de santé.