

Prendre en charge les urgences vitales à l'hôpital

Annie Brethes¹, Michel Thicoipé²

¹Pôle d'anesthésie réanimation

²Département des Urgences SAMU/CESU

(Bordeaux)

1. Cadre réglementaire

1.1. L'urgence vitale

L'obligation de mettre en place une organisation pour la prise en charge des urgences vitales repose sur la référence 33c (version de septembre 2004) du manuel d'accréditation des établissements de santé de l'ANAES ainsi que sur les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation, issues de la conférence d'experts de juin 2004 [1,2]. Pour ces sociétés savantes, « la prise en charge des urgences vitales au sein des établissements de santé doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité ».

Les urgences vitales se traduisent par la survenue d'une détresse pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque chez un patient, un visiteur ou un membre du personnel. Pour pouvoir être traitées efficacement, elles doivent bénéficier d'une prise en charge des plus précoces, quel que soit le secteur d'activité où elles surviennent.

L'ensemble de ces textes définit les moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge des urgences vitales, et recommande la mise en place d'une procédure spécifique pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque à l'hôpital, appelée « Chaîne de Survie Intra-Hospitalière » (CSIH).

1.2. La chaîne de survie intra-hospitalière (CSIH)

Cette procédure, constituée des quatre maillons de la chaîne de secours (alerte, réanimation cardio-pulmonaire, défibrillation et réanimation médicalisée) précise les points suivants :

- le traitement de l'alerte : il doit se faire avec un numéro d'appel dédié et disponible 24h sur 24h, si possible unique, simple et facile à mémoriser ;
- la mise en œuvre immédiate des gestes de survie : c'est la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) ;
- la mise à disposition du chariot d'urgence : il doit être scellé, dédié à l'urgence vitale, accessible 24h sur 24h. Sa localisation est signalisée et connue de

tous. Le contenu est clairement indiqué et l'agencement est identique d'un service à l'autre ;

- la mise à disposition d'un défibrillateur semi automatique, si possible débrayable en mode manuel ;
- en l'absence de présence médicale permanente dans certains secteurs, une équipe dédiée composée d'un médecin réanimateur ou urgentiste accompagné si possible d'un(e) infirmier(ère) doit être disponible 24h sur 24h. Elle doit disposer du matériel nécessaire à la réalisation d'une RCP médicalisée en complément du matériel disponible sur place ;
- chaque intervention doit faire l'objet d'une traçabilité ;
- un « comité institutionnel de suivi » : l'application de ces recommandations n'est possible qu'à partir d'un support institutionnel. Celui ci est composé d'un médecin référent, du directeur de l'établissement, du directeur des soins et du président de la Commission Médicale d'Etablissement. Il a la charge de faire valider les procédures, d'évaluer les besoins en matériel, de définir une politique de diffusion de l'information et de déterminer les besoins en formation de l'ensemble du personnel en partenariat avec les organismes agréés, en particulier les centres d'enseignements des soins d'urgence (CESU).

2. La CSIH au CHU de Bordeaux

Actuellement, la mise en place de la CSIH au sein du CHU de Bordeaux est un projet institutionnel en cours d'élaboration. Initié par les directions de soins, un groupe de travail a été mis en place, regroupant des professionnels référents en formation et des cadres soignants. La mission du groupe, en collaboration avec des médecins anesthésistes réanimateurs du SAMU, est de réaliser une procédure globale pour les trois sites tout en respectant la spécificité de chaque pôle.

Les objectifs après évaluation de l'existant en terme de matériel, de procédures sont les suivants :

- harmoniser les chariots d'urgence lors de l'équipement et/ou du renouvellement : ils sont différenciés, au choix d'un modèle et d'une couleur

uniques qui permettra au personnel de l'identifier immédiatement. L'aménagement et le contenu devront être identiques d'un service à un autre. Le verrouillage par scellés, indispensable pour garantir la sécurité du contenu, limitera les contrôles superflus et une utilisation non adaptée. Sa localisation sera signalisée de façon identique dans tous les services ;

- suggérer un positionnement de l'équipement en fonction du contexte géographique lorsqu'il est commun à plusieurs services ;
- définir et/ou formaliser les pratiques existantes relatives au traitement de l'alerte, afin d'optimiser les délais d'intervention notamment dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque (AC) ;
- élaborer un document qualité commun comprenant les check-lists, les modalités de contrôle et de maintenance du matériel et leurs traçabilités, les techniques de désinfection du matériel, les procédures d'alerte ;
- uniformiser le matériel utilisé par les équipes dédiées (sac de premiers secours) et élaborer une fiche d'intervention ;
- apposer des affiches « mémo » dans les secteurs de soins et les secteurs réservés au public sur les procédures de prise en charge de l'AC avec et sans matériel (adulte, enfant, nourrisson), garantissant une information visuelle continue pour le personnel ;
- poursuivre les actions de formation continue du personnel dans le domaine de la prise en charge de l'AC par des professionnels référents en formation dans chaque site, afin de maintenir et/ou de renforcer les compétences du personnel, sous la responsabilité du médecin responsable du SAMU-CESU et/ou de la Direction des Soins ;
- poursuivre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles ;
- inclure une formation initiale systématique pour les nouveaux professionnels au moment du recrutement ;
- créer un fichier de suivi pour le personnel formé.

3. La formation du personnel

Concernant plus spécifiquement la formation du personnel, les conclusions de la Commission des Soins Infirmiers du CHU de Bordeaux au terme du travail mené en 2003, confirme que la formation aux gestes et soins d'urgence est indispensable et doit se faire de façon continue.

En effet, des travaux relatifs au maintien des compétences de réalisation de la RCP montrent qu'il existe une nette diminution des performances dans le temps. Le domaine de l'urgence est en perpétuel changement : les modifications des référentiels des sociétés savantes sont fréquentes (ERC Guidelines 2000/2005 pour les dernières) et nécessitent une réactualisation permanente des connaissances. Sur le terrain, certains services sont plus particulièrement exposés à la survenue d'un AC (radiologie interventionnelle, service d'exploration fonctionnelle et/ou fonctionnent sans présence médicale 24h sur 24h...). Certaines catégories professionnelles rarement confrontées à ce type de situation (personnel assurant les transports des patients, agents de sécurité incendie, personnel d'accueil...) peuvent se retrouver en difficulté.

La mission de formation fait partie intégrante de la fonction infirmier(e) en référence aux textes professionnels. Le Code de la Santé Publique (Livre III – Chapitre 1^{er}) concernant l'exercice de la profession (article R4311-15) énonce : « Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé »

Bien que cette mission de formation figure dans leur décret, les infirmiers seuls ne peuvent dispenser cet enseignement très spécifique. Ces formations doivent être assurées par du personnel formé conformément aux références nationales de compétences et de pédagogie de sécurité civile [3]. Au CHU de Bordeaux, des professionnels référents exerçant dans chaque établissement et ayant bénéficié de cette formation restituent leurs savoirs aux équipes depuis de nombreuses années.

La circulaire du 10 mai 2006 créée à partir de l'arrêté du 3 mars 2006 émanant du Ministère de la Santé et des Solidarités recommande la formation des personnels exerçant dans un établissement de santé, sous la responsabilité du médecin directeur scientifique et pédagogique d'un Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence.

Ces textes concernent la mise en œuvre de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), en formation initiale et continue, de niveau 1 ou 2 selon la catégorie professionnelle. Elle est destinée à tout personnel, administratif ou non ainsi qu'aux professionnels de santé inscrits dans la quatrième partie du code de la Santé Publique.

4. Conclusion

Les urgences vitales peuvent survenir au sein de nos établissements à tout moment et dans n'importe quel secteur d'activité. La formation et le maintien des compétences aux gestes et soins d'urgence est indispensable voire incontournable pour garantir la sécurité des patients, des usagers et du personnel.

Les professionnels formés à l'enseignement sur la prise en charge des urgences vitales, en collaboration avec le CESU, peuvent mener à bien ce projet interdisciplinaire dont les grandes lignes sont fixées mais qui reste encore à formaliser sur l'ensemble du CHU...

Bibliographie

- [1] ANAES/Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques/Septembre 2004 – Référence 33C
- [2] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation – conférence d'experts – 2004- Prise en charge des urgences vitales
- [3] Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire- Référentiels nationaux de compétences et de pédagogie de Sécurité Civile – Janvier 2007