

Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
Société Française d'Anesthésie Réanimation
Société Française de Cardiologie
Société de Réanimation de Langue Française
Organisme Agréé de Réanimation de Langue Française
Société Française de Médecine d'Urgence
Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire

CRITERES D'EVALUATION ET D'AMELIORATION
DES
PRATIQUES PROFESIONELLES:

Prise en charge de l'arrêt cardiaque en
établissement de soins
(hors pédiatrie)

Introduction

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le programme comporte ensuite, obligatoirement, la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. La HAS propose de nombreuses méthodes pour les programmes d'EPP. Les guides d'utilisation de ces méthodes sont téléchargeables gratuitement sur le site de la Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr>). Les critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques reposent sur des objectifs de qualité à atteindre. Ils sont sélectionnés dans des recommandations professionnelles valides ou dans des textes réglementaires. Les critères d'évaluations sont des éléments plus concrets permettant de vérifier que les objectifs sont atteints.

La prise en charge des urgences vitales et des arrêts cardiaques (AC) en établissement de santé est un sujet important au sein d'un établissement ou d'une structure de soins, ayant fait l'objet de 2 référentiels : le premier axé sur l'aspect organisationnel (2004, Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des Urgences Vitales Intra-hospitalières), et le second axé sur les pratiques médicales lors de la prise en charge de l'arrêt cardiaque (2006, Recommandations Formalisées d'Experts). Ces deux référentiels ont été pris en compte dans l'élaboration des critères de qualité, ce qui explique la composante organisationnelle importante d'une partie du programme d'EPP proposé, l'autre partie étant plus axée sur les pratiques médicales. Dans un programme d'EPP, il importe de considérer ces deux aspects. Cette forte composante organisationnelle en fait un programme d'EPP multiprofessionnel.

Prise en charge de l'arrêt cardiaque en établissement de soins

I Promoteurs du programme d'EPP

Le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR)

La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)

L'Organisme Agréé de Réanimation de langue Française (OARLF)

La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF)

SAMU de France

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Le Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire (CFRC)

II Sources

Les deux documents de référence sélectionnés par le groupe de travail ont été :

-
- Le texte de la conférence d'experts de 2004 sur les **Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des Urgences Vitales Intra-hospitalières**, organisée par la SFAR, en collaboration avec SAMU de France, la Société Française de Cardiologie, la SFMU et la SRLF.
 - le texte des **Recommandations Formalisées d'Experts de Septembre 2006**, sur la **Prise en charge de l'arrêt cardiaque** organisées par la SFAR et la SRLF en collaboration avec le Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire, SAMU de France, la SFMU, la Croix Rouge Française, et la Société Française de Cardiologie.

III Cibles Professionnelles

Tout médecin, personnel paramédical ou personnel administratif souhaitant évaluer et améliorer la prise en charge des urgences vitales au sein de son établissement.

IV Groupe de travail

Sylvie BAQUÉ (SFMU), Alain CARIOU (OARLF), Pierre CARLI (Pt SFAR), Daniel DA SILVA (SRLF), Béatrice EON (CFAR), Pierre-Yves GUEUGNIAUD (SFAR), Caroline Mc AREE (SRLF), Vincent PIRIOU (CFAR), Georges ROMERO (CFAR), Annick STEIB (CFAR), Caroline TELION (CFRC), Eric WIEL (SFMU),

V Groupe de lecture

Directoire du CFAR (Présidente Pr Annick STEIB)
Commission Scientifique EPP du CFAR (Président Pr Vincent Piriou)

Commission Méthode : Responsable : Béatrice EON

Pour la SFAR :

- Dan BENHAMOU
- Christian BLERY
- Bassam AL NASSER
- Marc LEONE
- Philippe MONTRAVERS

Pour le CFAR :

- Pierre ALBALADEJO
- Jean-Philippe CARAMELLA
- Paul-Michel MERTES
- Emmanuel MARRET

Commission Programme-Evaluation : Responsable : Hubert le Hétét

Pour la SFAR :

- Laurent DELAUNAY
- Nicolas DUFEU
- Elisabeth GAERTNER

Pour le CFAR :

- Marie-Paule CHARLOT
- Marc DAHLET
- Jean-Marc DUMEIX
- Pierre PERUCHO
- Philippe SCHERPEREEL
- Georges ROMERO

CA de la SFMU

Pt du Comité des urgences de la SFAR

Pt du comité référentiel SFAR

Comité des référentiels de la SFMU

CA du SAMU de France

VI Patients concernés

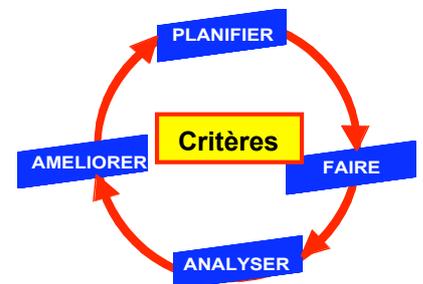
Le programme d'EPP proposé concerne la prise en charge des patients suspects d'arrêt cardiaque au sein d'un établissement ou d'une structure de soins.

VII Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques :

Ces critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils peuvent être utilisés pour une démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). En effet ces critères permettent d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient, et d'améliorer les pratiques notamment par la mise en œuvre et le suivi d'actions visant à faire converger, si besoin, la pratique réelle vers une pratique de référence.

Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité (AQ). D'une manière générale, les démarches AQ s'inscrivent dans le modèle proposé par *W.E. Deming*. Ce modèle comprend, 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : Planifier, Faire, Analyser, Améliorer.

1. **Planifier** :
une démarche AQ et des critères sont choisis
2. **Faire** :
la démarche AQ est mise en œuvre
3. **Analyser** :
le praticien analyse sa pratique en se référant aux critères sélectionnés et selon la démarche AQ adoptée.
4. **Améliorer** :
les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques.
Ils en évaluent périodiquement l'impact.



Dès lors que des professionnels s'impliquent dans une **démarche d'AQ**, ils s'engagent dans la voie de l'**Évaluation / Amélioration** de leurs pratiques.

La HAS a publié de nombreuses méthodes d'amélioration de la qualité (cf. www.has-sante.fr). Parmi celles-ci, voici quelques exemples permettant de valider une démarche d' EPP :

- critères et **audit clinique** (cf. documents méthode HAS et CFAR) : ces critères peuvent être utilisés dans le cadre d'un audit clinique. Ils deviennent alors, après une adaptation éventuelle de leur formulation, des critères d'audit. Une grille d'auto-évaluation peut être élaborée (recherche pour chaque critère de sa

présence, son absence ou sa non-applicabilité) pour faciliter le recueil des données à partir d'une vingtaine de dossiers analysés rétrospectivement. Un plan d'amélioration et de suivi est proposé.

Note : A la fin de ce document se trouve un **exemple de grille d'audit** reprenant ces critères ainsi qu'une aide aux réponses (annexe 2).

Attention ! un seul tour d'audit sur un thème donné ne suffit pas pour valider un programme continu d'EPP.

- critères et **revue mortalité-morbidité** (cf. documents méthode HAS) : à l'occasion d'un décès ou d'une complication morbide provoquée par arrêt cardio-circulatoire pris en charge par l'équipe de la Chaîne de Survie Intra Hospitalière, une analyse du dossier et des causes ayant entraîné la complication est réalisée. L'anonymat est respecté, les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré.

- critères et **Staff-EPP** : lors d'une revue de dossiers sur le thème de la prise en charge des arrêts cardiaques au sein d'un établissement, les critères sont utilisés pour évaluer et améliorer la pratique. Un suivi du plan d'amélioration est assuré. L'anonymat est respecté.

- critères et **Programme d'Amélioration de la Qualité** (cf. guide ANAES, et HAS): une équipe médicale souhaite améliorer sa pratique concernant la prise en charge des arrêts cardiaques au sein d'un établissement. Un groupe de travail est mis en place qui identifiera (définition, limites, acteurs) et décrira le processus étudié (description précise, risques), enfin un suivi du processus mis en place est assuré.

D'autres méthodes validant cette démarche d'EPP existent, elles associent toutes l'utilisation de critères à une méthode structurée et explicite d'amélioration de la qualité.

Ces critères peuvent également être utilisés pour construire des outils d'amélioration sous la forme de protocoles, mémos, chemins clinique etc ...

VIII Objectifs et critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

VIII-1 Objectifs de qualité

1- Organiser la prise en charge des arrêts cardiaques (AC) au sein de l'établissement ou de la structure de soins, avec les moyens humains et matériels nécessaires (chariots d'urgence, défibrillateurs , ...) (critères 1, 2, 3, 4, 5, 6)

2- Former le personnel médical et paramédical à la prise en charge des AC au sein de l'établissement ou de la structure de soins (critère 7)

3- Assurer une traçabilité de la prise en charge des patients en AC (critères 8, 9,)

4- Optimiser la prise en charge de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) conformément aux dernières recommandations validées (critère 10)

5- Evaluer les modalités et les résultats de la prise en charge par le suivi d'indicateurs prédéfinis (critère 1d) – (voir annexe 1 à titre d'exemple)

VIII -2 Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

Pour expliciter les critères proposés, l'utilisateur peut se référer au "guide de l'utilisateur" (annexe 2)

L'annexe 3 proposé dans ce document est un exemple de document proposé pour réaliser l'enquête un jour donné.

Les annexes 4, 5 et 6 sont une aide à la mise en place de la traçabilité et de l'organisation du chariot d'urgence qui peuvent être utilisées si besoin comme mesures correctrices.

A- Critères portant sur l'établissement ou la structure de soins:

Critère 1 : Un comité de suivi de la Chaîne de Survie Intra Hospitalière (CSIH)

- a- Est constitué au sein de l'établissement ou de la structure de soins
- b- Elabore la procédure de CSIH
- c- Se réunit au moins une fois par an pour analyser les prises en charge et proposer des mesures correctrices et présenter un rapport annuel d'activité
- d- Analyse les résultats à court et long terme

Critère 2 : La procédure dite de « Chaîne de Survie Intra Hospitalière » :

- a- Est validée par les instances de l'établissement
- b- Est actualisée selon les recommandations les plus récentes
- c- Est affichée dans tous les services
- d- Est connue des différentes catégories de personnels

Critère 3 : L'équipe CSIH

- a- Est spécifiquement identifiée
- b- Est composée d'au moins un médecin et une infirmière
- c- Doit pouvoir se rendre disponible pour la prise en charge des AC
- d- En cas de non disponibilité immédiate, une procédure dégradée est prévue

Critère 4 : Le numéro de téléphone permettant de déclencher l'intervention de l'équipe CSIH est :

- a- Unique pour tout l'établissement ou par secteur
- b- Disponible 24 h/24 pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières.
- c- Connu des différentes catégories de personnel

Critère 5: Des défibrillateurs :

- a- Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients
- b- Sont préférentiellement des défibrillateurs à ondes biphasiques
- c- Bénéficient d'une procédure de maintenance et de traçabilité

Critère 6 : Les chariots d'urgence :

- a- Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients
- b- Contiennent du matériel pour ventiler, perfuser et au moins de l'adrénaline et de l'amiodarone
- c- Une bouteille d'oxygène, vérifiée et prête à l'emploi est disponible à leur proximité (*critère souhaité, non obligatoire*)
- d- Sont régulièrement vérifiés dans le cadre d'une procédure assurant la maintenance et la traçabilité
- e- Disposent chacun d'une fiche de traçabilité de l'alerte

Critère 7 : Des formations aux urgences vitales sont mises en place

- a- L'équipe CSIH est formée et entraînée à la prise en charge spécialisée des AC selon les recommandations les plus récentes
- b- Les équipes médicales hors CSIH sont régulièrement formées à la RCP de base et à l'utilisation des défibrillateurs
- c- Les équipes paramédicales des différents services de l'établissement sont régulièrement formées à la RCP de base et à l'utilisation des Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE)

B- Critères à rechercher dans les dossiers des patients, ou sur la fiche de traçabilité de l'alerte, ou sur la fiche d'intervention de l'équipe CSIH :

Critère 8 : Il existe une traçabilité de l'alerte :

- a- Une trace écrite de l'appel est retrouvée sur un document archivé
- b- Le premier témoin donnant l'alerte est identifié
- c- L'heure de l'alerte est précisée
- d- L'heure d'arrivée de l'équipe CSIH est notée

Critère 9 : Il existe une traçabilité de la RCP et de ses résultats :

- a. L'heure de début de la RCP est notée
- b. L'heure du premier choc est notée
- c. Le nombre de chocs est précisé
- d. La durée de la RCP est notée
- e. L'issue de la RCP est notée
- f. Il existe une traçabilité de l'information donnée à la famille
- g. Le service de destination du patient est noté

Critère 10: La prise en charge de l'AC est conforme aux recommandations :

- a- L'indication de choc(s) est précisée
- b- Le premier agent médicamenteux injecté est l'adrénaline
- c- L'antiarythmique de première intention utilisé est l'amiodarone (sauf exception justifiée dans le dossier)
- d- Le mode de prise en charge des voies aériennes est noté
- e- Les posologies des médicaments injectés sont conformes aux recommandations.

ANNEXE 1 : EXEMPLE D'INDICATEURS

Un ou plusieurs de ces indicateurs peuvent être utilisés par le comité de suivi CSIH. D'autres indicateurs peuvent être déterminés en fonction des besoins spécifiques des équipes

Le suivi de ces indicateurs se fera selon la méthode décrite par la HAS (http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_438156).

Ce suivi d'indicateurs sera régulièrement analysé par le comité de suivi CSIH qui mettra en place des mesures correctrices si besoin.

- 1- Le nombre d'appels par an
- 2- Le délai (min) entre la découverte de l'AC et le début de la réanimation cardio pulmonaire (RCP).
- 3- Le délai (min) entre l'heure d'appel de l'équipe CSIH et son arrivée sur place
- 4- Le nombre de RCP réalisée par l'équipe CSIH par rapport au nombre total d'appels par an (pertinence des appels)
- 5- La proportion (%) de patients ayant bénéficié d'une RCP permettant le transfert en réanimation (nombre de patients vivants après RCP / nombre total de patients ayant bénéficié d'une RCP par l'équipe CSIH)
- 6- Le devenir des patients secourus par l'équipe CSIH à la sortie de réanimation, appréciée par le score CPC *.

*Score CPC : 1 – Conscient sans déficit neurologique ou déficit mineur

2 – Conscient avec déficit modéré

3 – Conscient avec déficit sévère

4 – Coma profond ou état végétatif

5 – Décédé ou mort encéphalique

Référence: *The Brain Resuscitation Clinical Trial I Study Group. Randomized clinical study of thiopental loading in comatose survivors of cardiac arrest. N Engl J Med 1986; 314: 397-403*

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE GRILLE POUR AUDIT CLINIQUE CIBLE

Méthodes proposées

Audit clinique ciblé rétrospectif portant sur la structure et 20 dossiers de patients

Déroulement de la démarche pour ce programme

- Information du programme EPP apportée à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. Lecture par chacun de ce document.
- Appropriation des critères
- Les critères de structure peuvent être audités un jour donné
- Tirage au sort de 20 dossiers patients
- Remplissage de la grille d'évaluation.
- Synthèse de l'audit exposée à l'équipe médicale et paramédicale par un médecin
- Discussion et décisions pour modifier les pratiques. Les mesures correctrices doivent être clairement identifiées et faire l'objet d'un suivi.
- Nouvel audit ou suivi d'indicateurs

Guide de l'utilisateur :

Les différents critères sont détaillés et explicités lorsqu'une ambiguïté peut apparaître.

A- Critères portant sur la structure

Chacun de ces critères doit être évalué pour tout l'établissement à partir des documents ou du matériel existant au sein de l'établissement.

Critère 1 : Un comité de suivi de la Chaîne de Survie Intra Hospitalière (CSIH)

- Est constitué au sein de l'établissement ou de la structure de soins
- Elabore la procédure de CSIH
- Se réunit au moins une fois par an pour analyser les prises en charge et proposer des mesures correctrices et présenter un rapport annuel d'activité
- Analyse les résultats à court et long terme

Répondre OUI si

- un comité de suivi de la CSIH est clairement identifié au sein de l'établissement par un document écrit précisant au minimum sa composition et ses missions (1a).
- un compte rendu de réunion est présent suite à une réunion du comité de suivi du CSIH à une fréquence d'au moins une fois par an (1c).
- les missions du comité de suivi comportent l'analyse régulière des résultats et le suivi d'indicateurs (1d)

Répondre NON si :

- il n'y a pas de document précisant les missions et la composition du comité de suivi du CSIH (1a)
- il n'y a pas de compte rendu des réunions du comité de suivi du CSIH, ou si le comité de suivi du CSIH ne se réunit pas au moins une fois par an (1c).
- il n'est pas précisé que la prise en charge et les résultats seront régulièrement analysés dans la charte du comité de suivi (1d)

Critère 2 : La procédure dite de « Chaîne de Survie Intra Hospitalière » :

- a. Est validée par les instances de l'établissement
- b. Est actualisée selon les recommandations les plus récentes
- c. Est affichée dans tous les services
- d. Est connue des différentes catégories de personnels

Répondre OUI à chacun de ces items si :

- l'établissement, sous l'égide d'un comité de suivi de la CSIH clairement identifié (2a) a validé une procédure de CSIH en se basant sur les recommandations les plus récentes (2b). Le référencement à ce(s) référentiel(s) doit clairement figurer sur la procédure.
- Les lieux d'affichage de la procédure doivent être précisés, et correspondre au moins aux lieux d'hospitalisation, de présence ou de passage (2c).
- Toutes les catégories de personnel doivent avoir eu une information sur l'existence et l'utilisation de cette procédure. Ceci doit être tracé sous forme de compte rendu de réunion (2d).

Répondre NON à tous les items s'il n'existe pas de procédure de la CSIH clairement établie et validée.

Critère 3 : L'équipe CSIH

- a. Est spécifiquement identifiée
- b. Est composée d'au moins un médecin et une infirmière
- c. Doit pouvoir se rendre disponible pour la prise en charge des AC
- d. En cas de non disponibilité immédiate, une procédure dégradée est prévue

Répondre OUI si

- l'équipe CSIH peut intervenir 24h/24 en cas d'appel (3c), ou en cas d'impossibilité une autre solution est envisagée (3d), et est spécifiquement identifiée pour cette tâche par un document précisant sa composition. (3a)
- au sein de cette équipe, il y a au minimum un médecin et une infirmière DE (3b)

Répondre NON si l'équipe CSIH

- n'est pas spécifiquement identifiée par un document (3a)
- n'est pas composée au minimum d'un médecin et d'une IDE (3b)
- *ne peut pas se rendre disponible sans délai (3c)*
- *s'il n'existe pas de procédure dégradée (3d)*

Critère 4 : Le numéro de téléphone permettant de déclencher l'intervention de l'équipe CSIH est :

- a. Unique pour tout l'établissement ou par secteur
- b. Disponible 24 h/24 pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières.
- c. Connus des différentes catégories de personnel

Répondre OUI

- si un numéro de téléphone unique déclenchant l'appel de l'équipe CSIH est clairement identifié par la procédure dite « chaîne de survie intra hospitalière » et affiché dans les lieux d'hospitalisation, de présence ou de passage (4a)
- s'il est prévu que ce numéro de téléphone déclenche l'appel de l'équipe CSIH à toute heure du jour ou de la nuit (4b)
- si toutes les catégories de personnel connaissent ce numéro de téléphone (4c). Pour ce, il est souhaitable de réaliser une enquête en échantillonnant les différentes catégories professionnelles au sein du secteur où l'audit est réalisé (Annexe 3)

Répondre NON s'il n'y a pas de numéro de téléphone unique pour l'établissement ou par secteur, et si ce numéro de téléphone n'est pas présent sur la procédure dite « chaîne de survie intra hospitalière » (4a)

Critère 5: Des défibrillateurs :

- a. Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients
- b. Sont préférentiellement des défibrillateurs à ondes biphasiques
- c. Bénéficient d'une procédure de maintenance et de traçabilité

Répondre OUI si

- des défibrillateurs sont disponibles pour chacun des secteurs accueillant les patients (la définition d'un secteur étant laissée au choix du comité de suivi CSIH) (5a), pour voir si les défibrillateurs sont présents ce jour là (faire une enquête un jour donné).
- s'il existe un document précisant les conditions de maintenance de ces défibrillateurs (responsable, périodicité, traçabilité, procédure opérationnelle) et un document spécifiant, pour chacun des défibrillateurs de l'établissement, la traçabilité de la maintenance (avec la date, le numéro d'identification du défibrillateur, la personne ayant effectué cette maintenance, et le résultat de la procédure de vérification) (5c)

Répondre NON si

Il n'y a pas de défibrillateur disponible pour tout patient hospitalisé dans l'établissement, selon une répartition en secteur (5a).

S'il n'existe pas de procédure de maintenance, ou si la traçabilité de la maintenance est incomplète (s'il manque au moins un des items suivants : la date, le numéro d'identification du défibrillateur, l'identité de la personne ayant effectué cette maintenance, et le résultat de la procédure de vérification) ou si la maintenance n'est pas effectuée à la fréquence prévue par la procédure (5c)

Critère 6 : Les chariots d'urgence :

- a. Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients
- b. Contiennent du matériel pour ventiler, perfuser et au moins de l'adrénaline et de l'amiodarone
- c. Une bouteille d'oxygène, vérifiée et prête à l'emploi est disponible à leur proximité (*critère souhaité, non obligatoire*)
- d. Sont régulièrement vérifiés dans le cadre d'une procédure assurant la maintenance et la traçabilité
- e. Disposent chacun d'une fiche de traçabilité de l'alerte

Répondre OUI si

- il y a un chariot dédié et disponible à la prise en charge des urgences vitales par secteur (6a)
- ce chariot est vérifié selon une procédure écrite, selon une fréquence définie par la procédure, et si, pour chacun des chariots, il y a un document traçant au minimum la date de la vérification, l'identification du chariot, la vérification des dates de péremption du contenu, l'identité de la personne ayant vérifié le chariot, et les résultats de la vérification. (6d)
- si une fiche vierge de traçabilité de l'alerte est disponible sur chacun des chariots d'urgence (annexe 3) (6e)
- au sein du chariot se trouvent au moins (6b)
 - un insufflateur manuel et un masque facial
 - une tubulure de perfusion, des cathéters intraveineux, un garrot, du matériel d'asepsie et des solutés
 - des médicaments d'urgence : adrénaline et amiodarone avec des seringues et des aiguilles..
 - une bouteille d'oxygène, prête à l'emploi, est disponible à proximité du chariot d'urgence. (6c).

Critère 7 : Des formations aux urgences vitales sont mises en place

- a. L'équipe CSIH est formée et entraînée à la prise en charge spécialisée des AC selon les recommandations les plus récentes
- b. Les équipes médicales hors CSIH sont régulièrement formées à la RCP de base et à l'utilisation des défibrillateurs
- c. Les équipes paramédicales des différents services de l'établissement sont régulièrement formées à la RCP de base et à l'utilisation des Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE)

Répondre OUI si

- des programmes de formation sont mis en place pour former les équipes médicales (7b) et paramédicales (7c) à la RCP et aux défibrillateurs. En ce cas, ces programmes de formation doivent être régulièrement proposés, et la liste des personnels médical et paramédical formés doit être tenue à jour (7b-7c).
- si le programme de formation ou les documents remis font référence de façon explicite aux recommandations les plus récentes (7abc).

Critères à rechercher dans au moins 20 dossiers de patients analysés:

Critère 8 : Il existe une traçabilité de l'alerte :

- a. Une trace écrite de l'appel est retrouvée sur un document archivé
- b. Le premier témoin donnant l'alerte est identifié
- c. L'heure de l'alerte est précisée
- d. L'heure d'arrivée de l'équipe CSIH est notée

Répondre OUI si sur la fiche de traçabilité retrouvée dans le dossier médical figure clairement :

- l'identité en toute lettre et la qualité du premier témoin ayant donné l'alerte (8a)

Répondre NON si seules les initiales figurent ou si la fonction du premier témoin ayant donné l'alerte n'est pas précisée

Critère 9 : Il existe une traçabilité de la RCP et de ses résultats :

- a. L'heure de début de la RCP est notée
- b. L'heure du premier choc est notée
- c. Le nombre de chocs est précisé
- d. La durée de la RCP est notée
- e. L'issue de la RCP est notée
- f. Il existe une traçabilité de l'information donnée à la famille
- g. Le service de destination du patient est noté

L'issue de la RCP signifie la reprise ou non d'une activité persistante cardiaque spontanée

Critère 10: La prise en charge de l'AC est conforme aux recommandations :

- a- L'indication de choc(s) est précisée
- b- Le premier agent médicamenteux injecté est l'adrénaline
- c- L'antiarythmique de première intention utilisé est l'amiodarone (sauf exception justifiée dans le dossier)
- d- Le mode de prise en charge des voies aériennes est noté
- e- Les posologies des médicaments injectés sont conformes aux recommandations.

Répondre OUI si

- l'indication du choc est une fibrillation ventriculaire ou une tachycardie ventriculaire mal tolérée, ceci étant précisé au sein du compte rendu (item non applicable s'il n'y a pas eu de choc électrique) (10a)
- le premier agent médicamenteux est l'adrénaline, en dehors de tout protocole de recherche clairement identifié (10b)
- la prise en charge des voies aériennes est précisée : ventilation à l'insufflateur manuel, intubation orotrachéale... (10d)

Répondre NON si

- en cas d'injection d'un antiarythmique, un autre agent que l'amiodarone est utilisé (par exemple, de la lidocaïne) (sauf si ceci est clairement justifié) (10c)

Grilles d'évaluation

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI ou présent

N si la réponse est NON ou absent

NA si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

Critères concernant la structure (une seule réponse par critère) :

CRITERES	Oui	NON	NA	COMMENTAIRES SI NA OU NON
<p>Critère 1 : Un comité de suivi de la CSIH (Chaîne de Survie Intra Hospitalière)</p> <p>a- Est constitué au sein de l'établissement</p> <p>b- Elabore la procédure de CSIH</p> <p>c- Se réunit au moins une fois par an pour analyser les prises en charge et proposer des mesures correctrices, et établit un rapport annuel d'activité</p> <p>d- Analyse les résultats à court et long terme</p>				
<p>Critère 2 : La procédure dite de « Chaîne de Survie Intra Hospitalière » (CSIH) :</p> <p>a- Est validée par les instances de l'établissement</p> <p>b- Est actualisée selon les recommandations les plus récentes</p> <p>c- Est affichée dans tous les services</p> <p>d- Est connue des différentes catégories de personnels</p>				
<p>Critère 3 : L'équipe CSIH</p> <p>a- Est spécifiquement identifiée</p> <p>b- Est composée d'au moins un médecin et d'une infirmière</p> <p>c- Doit pouvoir se rendre disponible pour la prise en charge des AC</p> <p>a- En cas de non disponibilité immédiate, une procédure dégradée est prévue</p>				
<p>Critère 4 : Le numéro de téléphone permettant de déclencher l'intervention de l'équipe CSIH est :</p> <p>a- Unique pour tout l'établissement ou par secteur</p> <p>b- Disponible 24 h/24 pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières.</p> <p>a- Est connu des différentes catégories de personnel</p>				
<p>Critère 5: Des défibrillateurs</p> <p>a- Sont disponibles dans chaque secteur</p>				

<p>accueillant des patients</p> <p>b- Sont préférentiellement des défibrillateurs automatisés externes (DAE) à ondes biphasiques</p> <p>c- Bénéficient d'une procédure de maintenance et de traçabilité</p>				
<p>Critère 6 : Les chariots d'urgence :</p> <p>a- Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients</p> <p>b- Contiennent du matériel pour ventiler, perfuser, et au moins de l'adrénaline et de l'amiodarone</p> <p>c- Une bouteille d'oxygène, vérifiée et prête à l'emploi est disponible à leur proximité (<i>critère souhaité, non obligatoire</i>)</p> <p>d- Sont régulièrement vérifiés dans le cadre d'une procédure assurant la maintenance et la traçabilité</p> <p>e- Disposent chacun d'une fiche de traçabilité de l'alerte</p>				
<p>Critère 7 : Des formations aux urgences vitales sont mises en place</p> <p>a- L'équipe CSIH est formée et entraînée à la prise en charge des AC selon les recommandations les plus récentes</p> <p>b- Les équipes médicales hors CSIH sont régulièrement formées à la RCP de base et à l'utilisation des défibrillateurs</p> <p>a- c- Les équipes paramédicales des différents services de l'établissement sont régulièrement formées à la RCP de base et à l'utilisation des Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE)</p>				

Critères retrouvés dans les dossiers patients

Notez une seule réponse par case : **O** si la réponse est OUI (= présent) **N** si la réponse est NON (= absent) **NA** si le critère ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
<p>Critère 8 : Il existe une traçabilité de l'alerte:</p> <p>a- Une trace écrite de l'appel est retrouvée sur un document archivé</p> <p>b- Le premier témoin donnant l'alerte est identifié</p> <p>c- L'heure de l'alerte est précisée</p> <p>d- L'heure d'arrivée de l'équipe CSIH est notée</p>											<p>O :</p> <p>N :</p> <p>NA :</p>
<p>Critère 9 : Il existe une traçabilité de la Réanimation Cardio-pulmonaire (RCP) :</p> <p>a- L'heure de début de la RCP est notée</p> <p>b- L'heure du premier choc est notée</p> <p>c- Le nombre de chocs est précisé</p> <p>d- La durée de la RCP est notée</p> <p>e- L'issue de la RCP est notée</p> <p>f- Il existe une traçabilité de l'information donnée à la famille</p> <p>g- Le service de destination du patient est noté</p>											<p>O :</p> <p>N :</p> <p>NA :</p>
<p>Critère 10: La prise en charge de l'AC est conforme aux recommandations :</p> <p>a- L'indication de choc(s) est précisée</p> <p>b- Le premier agent médicamenteux injecté est l'adrénaline</p> <p>c- L'antiarythmique de première intention utilisé est l'amiodarone (sauf exception justifiée dans le dossier)</p> <p>d- Le mode de prise en charge des voies aériennes est noté</p> <p>e- Les posologies des médicaments injectés sont conformes aux recommandations.</p>											<p>O :</p> <p>N :</p> <p>NA :</p>

Dossiers	Observations et commentaires
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Annexe 3 : Enquête un jour donné

Service : Unité

Personne interrogée :

Interne : médecine générale spécialité : :
 PH PUPH CCA IDE élève IDE Cadre infirmier Aide soignante

Refuse de répondre

Connaissez-vous le numéro à appeler en cas de détresse vitale arrêt cardiaque, arrêt respiratoire ?

Oui Non quel est ce numéro ? :

La procédure d'appel est affichée dans le service – unité ?

Oui la montrer non ne sait pas

Où ? *pour l'auditeur : préciser le lieu où vous l'avez vu affichée*

Savez-vous où se trouve le chariot d'urgence ?

Oui le montrer non

Où ? *pour l'auditeur : préciser le lieu où vous l'avez vu*

Savez-vous où se trouve le défibrillateur ?

Oui le montrer non

Où ? *pour l'auditeur : préciser le lieu où vous l'avez vu*

Existe-t-il une procédure de maintenance ?

Du chariot d'urgence oui non ne sait pas accessible oui non

Du défibrillateur oui non ne sait pas accessible oui non

La traçabilité des ces procédures est retrouvée

Chariot d'urgence oui non Date dernière maintenance constatée .../.../.....

Défibrillateur oui non Date dernière maintenance constatée .../.../.....

Une bouteille d' O2 est –elle disponible ?

Oui où : non ne sait pas

Est-elle opérationnelle ? oui non

Avez-vous bénéficié d'une formation à la RCP et DAE il y a moins de trois ans ?

Oui non

Si oui : lieu, organismes ?.....

Que faites vous en cas d'AC dans l'attente des premiers secours ?

(noter par numéro d'ordre les réponses données spontanément sans citer la liste ci-dessous)

O2

MCE

Perfusion

Adrénaline

mise en place DAE

note heure constat AC

.....

Annexe 4 : Documents d'aide à la traçabilité de la prise en charge des UVIH

FICHE DE TRACABILITE DE L'ALERTE

DATE : ___/___/_____

HEURE D'APPEL : ___ **H** ___

N° : _____

APPELANT : Nom : Qualité : Service :	MOTIF DE L'APPEL : <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque avéré → En avez-vous été témoin ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconscience <input type="checkbox"/> Troubles respiratoires <input type="checkbox"/> Pouls imprenable <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
--	---

ALERTE :		
N° Appelé : Interlocuteur :	Décroché rapide : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Régulation médicale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Consignes données : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Matériel d'urgence disponible : Chariot d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Défibrillateur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Oxygène : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PATIENT : Nom : Prénom : Sexe : Date naissance :	RENFORTS AVANT ARRIVEE EQUIPE CSIH : Nom : Nom : Qualité : Qualité : Heure d'arrivée : Heure d'arrivée :	
---	---	--

GESTES REALISES AVANT ARRIVEE EQUIPE CSIH :		
HORAIRE DE DEBUT DE RCP : _____ H _____		
MCE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ventilation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Défibrillation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Horaire premier choc : _____ H _____

HORAIRE D'ARRIVEE DE L'EQUIPE CSIH : _____ **H** _____

COMMENTAIRES :

Etes-vous satisfaits du déroulement de l'intervention ? Oui Non

Avez-vous rencontré des difficultés ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? :

A transmettre par le cadre de santé au coordonnateur du comité de suivi de la CSIH

Annexe 5 : DOTATION MINIMALE DU CHARIOT D'URGENCE

- Défibrillateur semi-automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel ;
- Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi ;
- Médicaments : adrénaline, dérivés nitrés (injectable et spray), atropine, lidocaïne, amiodarone, furosémide, soluté glucosé à 30%, benzodiazépine injectable, bêta2-adrénergiques (spray et solution pour aérosol), solutés de perfusion conditionnés en poche souple (NaCl à 0,9%, colloïdes de synthèse) ;
- Matériel de ventilation : canules de Guedel n°2 et 3, masques faciaux n°3 à 6, ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle et filtre anti-bactérien, masques pour aérosol, sondes à oxygène, tuyaux de connexion, masques à haute concentration ;
- Matériel pour accès veineux et injections : seringues de 5 et de 10 mL, jeu d'aiguilles, cathéters courts 14-16-18-20-22 G, perfuseurs avec robinets à 3 voies, compresses stériles, solution anti-septique, garrot, champs adhésifs transparents, adhésif de fixation, gants non stériles, container à aiguilles, lunettes de protection, solution hydro-alcoolique ;
- Matériel d'aspiration : système d'aspiration vérifié et prêt à l'emploi, sondes d'aspiration trachéo-bronchiques, sondes pour aspiration gastrique, seringue de Guyon (50 mL à embout conique), sac à urine non stérile, raccords biconiques.
- Plan dur pour massage cardiaque

