

des soins de santé plus sécuritaires  
*Maintenant!*

Campagne  
québécoise

*Ensemble, améliorons la prestation  
sécuritaire des soins de santé!*

# Trousse *En avant!* :

## Équipes d'intervention rapide

### Guide pratique

#### ***Des Soins de santé plus sécuritaires maintenant!***

Nous vous invitons à vous joindre à la campagne des *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM) afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité du système de soins de santé au Canada. Cette campagne d'envergure nationale apporte son soutien aux établissements de soins de santé dans le but d'améliorer la sécurité des patients grâce à l'utilisation de méthodes d'amélioration de la qualité permettant l'intégration de données probantes et de meilleures pratiques à la prestation des soins aux patients. La campagne est financée par l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) et est modelée sur la campagne *100,000 Lives* (maintenant *5 million Lives*) de l'IHI. Pour vous joindre à la campagne SSPSM ou pour obtenir de plus amples renseignements sur les ressources, les contacts et les outils, visitez notre site Web à l'adresse suivante :

<http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Pages/default.aspx>

Les stratégies portant sur la sécurité des patients sont organisées en blocs et décrites dans les trousse *En Avant!*, modelées sur celles de la campagne *100,000 Lives* (maintenant *5 million Lives*) de l'IHI. Ces trousse sont conçues de façon à ce que vos équipes et vos cliniciens puissent adopter une approche dynamique à l'amélioration de la qualité des soins de santé, et constituent une solide base pour aller de l'avant. **Bien que les trousse de ces deux campagnes soient similaires, il est à noter que certaines d'entre elles comportent des différences importantes quant au contenu des stratégies et des mesures correspondantes.** Ces différences sont clairement indiquées dans les trousse mêmes ainsi que sur le site Web de la campagne SSPSM.

L'information contenue dans les *Trousses En avant!* se fonde sur l'état actuel des connaissances. En raison de la nature dynamique de cette campagne, qui continue d'évoluer, l'arrivée de nouvelles données probantes pourrait influencer l'adaptation des trousse à l'avenir. Le contenu de la présente trousse a été revu et actualisé en avril 2009. Nous sommes toujours prêts à travailler en collaboration afin d'améliorer ce contenu, car c'est ensemble que nous arriverons à obtenir des soins de santé plus sécuritaires au Canada.

La campagne québécoise *Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé!* est menée en collaboration avec la campagne *Des Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Les troussees *En avant !* pour les six stratégies ciblées sont les mêmes pour les deux campagnes et le chef de la campagne du Québec est membre du Comité directeur national de la campagne *Des Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

Ce document est du domaine public et peut être utilisé et réimprimé sans autorisation, pourvu que les renvois appropriés soient faits à l'*Institute for Healthcare Improvement* et à la campagne des *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier l'*Institute for Healthcare Improvement (IHI)* de son soutien et de sa contribution à la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* (SSPSM). Le contenu des troussees canadiennes *En avant!* a été modifié à partir des documents originaux créés par l'IHI pour sa campagne *100,000 Lives* (maintenant *5 million Lives*) afin de mieux refléter la situation dans les établissements de soins de santé au Canada.

De plus, nous aimerions également remercier sincèrement la *Collaboration canadienne des soins intensifs* qui a largement contribué au travail des équipes d'intervention rapide (ÉIR) et aux révisions de cette trousse. Nous aimerions tout particulièrement souligner le travail de D<sup>re</sup> Ann Kirby.



L'*Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)* est reconnu pour son appui financier et non financier aux troussees *En avant !* des *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

## **Membres de la faculté de la Collaboration canadienne des soins intensifs**

**M<sup>me</sup> Paule Bernier**, P.Dt., MSc, *Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis (Université McGill), Montréal*

**D<sup>r</sup> Paul Boiteau (Président)**, *chef de département, Soins intensifs, Calgary Health Region; professeur de médecine, Université de Calgary*

**M. Mike Cass**, BSc, IA, MSc inf., *infirmier en pratique avancée, Trillium Health Centre*

**M<sup>me</sup> Leannes Couves**, *Improvement Associates Ltd*

**M<sup>me</sup> Rosmin Esmail**, BSc, MSc

**M. Bruce Harries**, *Improvement Associates Ltd*

**D<sup>re</sup> Ann Kirby**, *professeure adjointe, Université de Calgary; présidente, Quality and Safety Improvement Council; médecin AQ, service des Soins intensifs, Calgary Health Region*

**M. Gordon Krahn**, BSc, *inhalothérapeute autorisé, coordonateur, Qualité et recherche, BC Children's Hospital*

**D<sup>r</sup> Denny Laporta**, *professeur adjoint de médecine; chef de division, Soins critiques aux adultes, Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis*

**D<sup>r</sup> Claudio Martin**, *professeur, Schulich School of Medicine and Dentistry, Université de Western Ontario; médecin traitant, London Health Sciences Centre*

**M<sup>me</sup> Debbie Lynch**, IA, *professionnelle en prévention des infections, Eastern Health, St. John's*

**M<sup>me</sup> Cathy Mawdsley**, IA, MSc inf., *infirmière clinicienne spécialisée – Soins intensifs, London Health Sciences Centre; professeure auxiliaire, École des sciences infirmières, Université de Western Ontario*

**D<sup>re</sup> Sherissa Microys**, *professeure adjointe, Université d'Ottawa; intensiviste, Hôpital d'Ottawa; major, Forces armées canadiennes*

**D<sup>r</sup> John Muscedere**, *professeur adjoint de médecine, Université Queen's; intensiviste, Kingston General Hospital*

**M<sup>me</sup> Tracie Northway**, IA, MSc inf., *BC Children's Hospital*

**M<sup>me</sup> Jannell Plouffe**, IA, MSc inf., *infirmière praticienne, unité des Soins pédiatriques intensifs, Winnipeg's Children Hospital*

**M<sup>me</sup> Kimberly Rafuse**, IA, BSc inf. DOHN, *ICP Annapolis Valley District Health Authority*

**D<sup>r</sup> Peter Skippen**, *chef de division et directeur médical, unité des Soins pédiatriques intensifs, BC Children's Hospital, Vancouver*

## Table des matières

---

Remerciements .....	Error! Bookmark not defined.
<b>Table des matières</b>	
<b>Contexte</b> .....	<b>5</b>
Qu'est-ce qu'une équipe d'intervention rapide? .....	5
Pourquoi avons-nous besoin d'équipes d'intervention rapide? .....	5
Analyse des décès à l'hôpital.....	5
Trois problèmes fondamentaux .....	6
Instabilité clinique précédant l'arrêt cardiaque .....	6
<b>Quelle différence une équipe d'intervention rapide peut-elle faire? .....</b>	<b>8</b>
Résultats de l'échantillon .....	9
Nombre d'arrêts cardiaques.....	11
Nombre d'arrêts cardiaques.....	12
L'étude MERIT .....	12
Réaction à l'étude MERIT .....	13
<b>Mise en œuvre des équipes d'intervention rapide.....</b>	<b>15</b>
Quel est le rôle de l'ÉIR? .....	15
Facteurs à considérer .....	15
Obtenir l'appui de la haute direction .....	15
Trouver une structure appropriée pour l'équipe .....	15
Fournir les connaissances et la formation requises .....	16
Établir les critères et les mécanismes d'appel de l'ÉIR .....	17
Mettre en place des mécanismes de rétroaction.....	18
Mesurer l'efficacité.....	18
Suivi des mesures dans le temps.....	19
Utilisation du modèle d'amélioration.....	19
Autres avantages possibles de l'équipe d'intervention rapide .....	20
Conseils pour bien démarrer.....	20
<b>RÉFÉRENCES</b>	
<b>ANNEXE A : Des comptes rendus sur place .....</b>	<b>21</b>
<b>ANNEXE B : Liste de contrôle de la formation sur l'équipe d'intervention rapide (exemple) .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE C : Descriptions techniques et feuilles de travail .....</b>	<b>26</b>

## Contexte

### *Qu'est-ce qu'une équipe d'intervention rapide?*

Une équipe d'intervention rapide (ÉIR) – aussi connue sous le nom d'équipe d'urgence médicale – est une équipe de cliniciens qui apportent leur savoir-faire en soins intensifs au chevet des patients (ou partout où c'est nécessaire).

Les résultats de la première conférence de concertation sur les équipes d'urgence médicale ont été publiés dans la revue *Critical Care Medicine* 2006, vol 4, 34, n° 9, p. 2463-2478. Il s'agit d'une excellente référence en matière de terminologie et d'expérience internationale se rattachant aux systèmes d'intervention rapide.

### *Pourquoi avons-nous besoin d'équipes d'intervention rapide?*

Chaque jour, des gens meurent inutilement dans nos hôpitaux. Tout clinicien se rappelle probablement d'un patient qui, tout compte fait, n'aurait pas dû mourir pendant son hospitalisation. Le but est d'éteindre l'« étincelle » avant qu'elle ne provoque un « incendie ».

### *Analyse des décès à l'hôpital*

Cette analyse nous donnera une idée plus claire des conditions locales qui contribuent à la mortalité.

		Patient admis à l'USI?	
		Oui	Non
Soins de confort seulement?	Oui	Boîte n° 1	Boîte n° 2
	Non	Boîte n° 3	Boîte n° 4

On voit souvent ces cas lorsque le taux de décès chez les patients hospitalisés est analysé rétrospectivement au moyen d'un outil de diagnostic appelé « Matrice 2 x 2 » – ou « Matrice 3 x 2 » pour nos collègues du Royaume-Uni. Le diagnostic consiste en une analyse des dossiers de 50 patients consécutifs qui sont morts à l'hôpital et en un classement de ces dossiers dans l'une des quatre boîtes de la Matrice 2 x 2. Pour ce faire, il faut se poser les questions suivantes :

- Le patient a-t-il été hospitalisé pour des soins de confort seulement?
- Le patient a-t-il été admis à une unité de soins intensifs?

Si la réponse est oui aux deux questions, le décès est inscrit dans la boîte 1. Si la réponse est non à la question sur l'USI et oui pour les soins de confort, le décès est inscrit dans la boîte 2. Si la réponse est oui pour l'USI et non pour les soins de confort, le décès est inscrit dans la boîte 3. Si la réponse est non aux deux questions, le décès est inscrit dans la boîte 4. Il faut ensuite procéder à une analyse plus approfondie de la boîte 4 en cherchant à savoir s'il y a eu un manque au niveau de la communication, de la planification ou de la capacité à reconnaître la détérioration de l'état du patient, ce qui réduit souvent les chances de sauver la vie du patient. Pour terminer, une analyse des résultats de la boîte 4 et peut-être même de la boîte 3 doit être réalisée à l'aide d'un

outil de mesure des événements indésirables évitables (voir *Global Trigger Tool* sur le site Web [www.ihl.org](http://www.ihl.org) [en anglais seulement]).

Diagnostic du taux de mortalité : résultats globaux pour 64 hôpitaux des É.-U.

	Admis à l'USI	Non admis à l'USI
Soins de confort	86 / 3 175 3 % (0 à 14 %)	402 / 3 175 13 % (0 à 40 %)
Soins autres que soins de confort	1 161 / 3 175 37 % (10 à 72 %)	1 526 / 3 175 48 % (18 à 76 %)

En octobre 2004, 64 hôpitaux des États-Unis ont fait connaître les résultats de leurs taux de mortalité en utilisant une matrice 2 x 2. Le tableau représente toutes les données regroupées.

On retrouve en moyenne un taux de mortalité de 48 % dans la boîte 4 : les patients non admis à l'USI dont le décès était peu probable. Manifestement, il est possible que certains de ces décès aient pu être évités en faisant appel à une ÉIR.

### **Trois problèmes fondamentaux**

De nos jours, d'importants écarts existent dans la prestation des soins de santé. De nombreux articles ont révélé que ces écarts existent aussi bien sur le plan de la qualité que de la sécurité. Selon des travaux récents réalisés par Sir Brian Jarman, professeur émérite en soins de santé primaires de l'*Imperial College School of Medicine* (Londres, R.-U.), ces écarts sont aussi vrais dans les taux de mortalité à l'hôpital. Même lorsque de multiples facteurs de risque et facteurs locaux sont pris en considération, il n'y a aucune explication claire aux écarts entre hôpitaux. Il est toutefois possible de les réduire en améliorant les soins hospitaliers. Au cours des dernières années, des travaux ont été menés en vue de mieux comprendre les causes du problème et d'élaborer des stratégies d'amélioration possibles. Selon les conclusions de ces travaux et à la suite d'une analyse de la documentation, trois problèmes systémiques fondamentaux ont été relevés :

- Les défaillances au niveau de la planification (y compris les évaluations, les traitements et les objectifs).
- Le manque de communication (entre le patient et le personnel, au sein du personnel, entre le personnel et les médecins, etc.)
- L'incapacité à reconnaître la détérioration de l'état de santé d'un patient.

Ces problèmes fondamentaux peuvent souvent mener à l'incapacité à sauver un patient.

### **Instabilité clinique précédant l'arrêt cardiaque**

Bon nombre d'études révèlent que les patients montrent souvent des signes et des symptômes d'instabilité physiologique pendant une certaine période avant de subir un arrêt cardiaque :

- 70 % (45/64) des patients présentent des signes de détérioration respiratoire dans les huit (8) jours précédant un arrêt (Schein R.M., Hazday N., Pena M. et coll.).

- 66 % (99/150) des patients montrent des signes et des symptômes anormaux dans les six (6) heures précédant un arrêt et le médecin en est informé dans 25 % (25/99) des cas (Franklin C., Mathew J.).

Dans son article, Franklin décrit plusieurs signes avant-coureurs qui se manifestent dans les six heures précédant un arrêt cardiaque :

- TAM < 70, > 130 mmHg
- Fréquence cardiaque < 45, > 125 contractions par minute
- Fréquence respiratoire < 10, > 30 cycles par minute
- Douleurs thoraciques
- État mental modifié

## Quelle différence une équipe d'intervention rapide peut-elle faire?

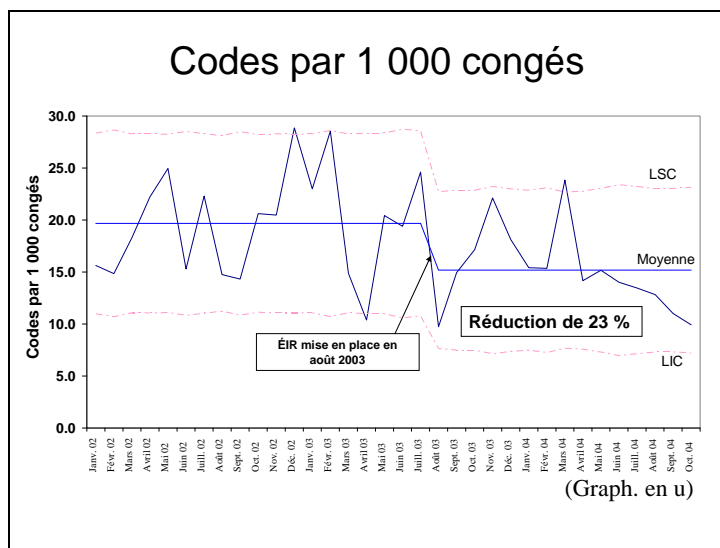
De nombreuses études ont révélé que les équipes d'intervention rapide (ÉIR) pouvaient grandement contribuer à l'amélioration des processus de prestation des soins ainsi que leurs résultats.

	Avant	Après	
N <sup>bre</sup> d'arrêts cardiaques	63	22	RRR 65 % $P = 0.001$
Décès dus à un arrêt cardiaque	37	16	RRR 56 % $P = 0.005$
N <sup>bre</sup> de jours à l'USI après un arrêt	163	33	RRR 80 % $P = 0.001$
N <sup>bre</sup> de jours d'hospitalisation après un arrêt	1363	159	RRR 88 % $P = 0.001$
Décès chez les patients hospitalisés	302	222	RRR 26 % $P = 0.004$

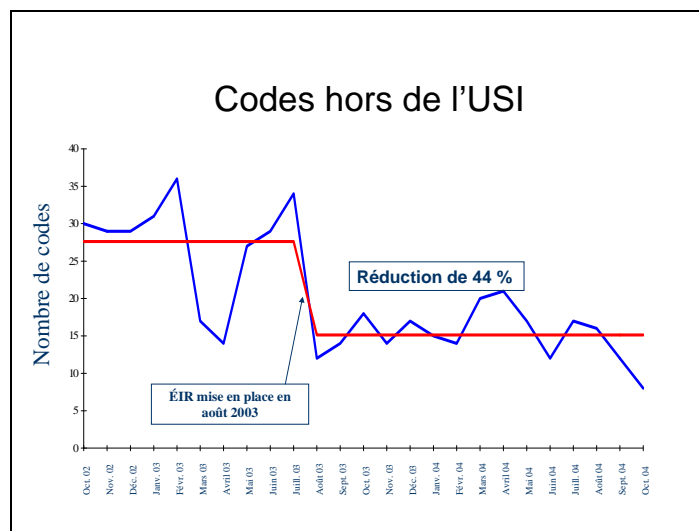
MJA, 2003; 179-7

- Réduction de 50 % des arrêts cardiaques ailleurs qu'à l'USI (Buist et coll.)
- Réduction des transferts postopératoires d'urgence à l'USI (58 %) et des décès (37 %) Bellomo R., Goldsmith D., Uchino et coll.)
- Réduction des arrêts cardiaques avant le transfert à l'USI (4 % vs 30 %) (Goldhill et coll.)

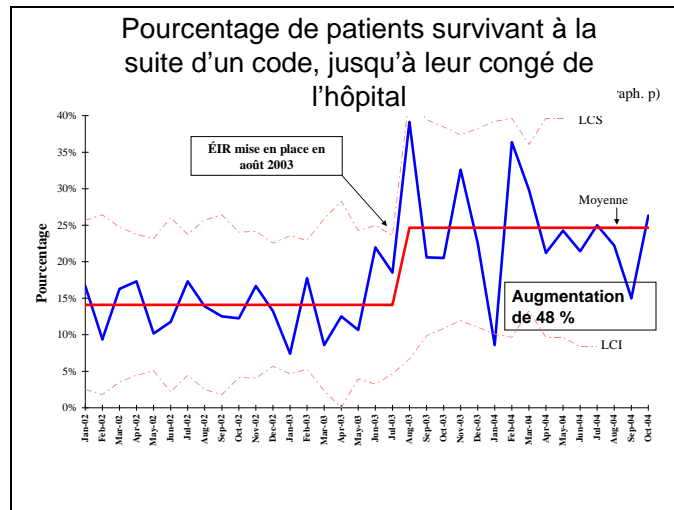
Résultats de l'échantillon



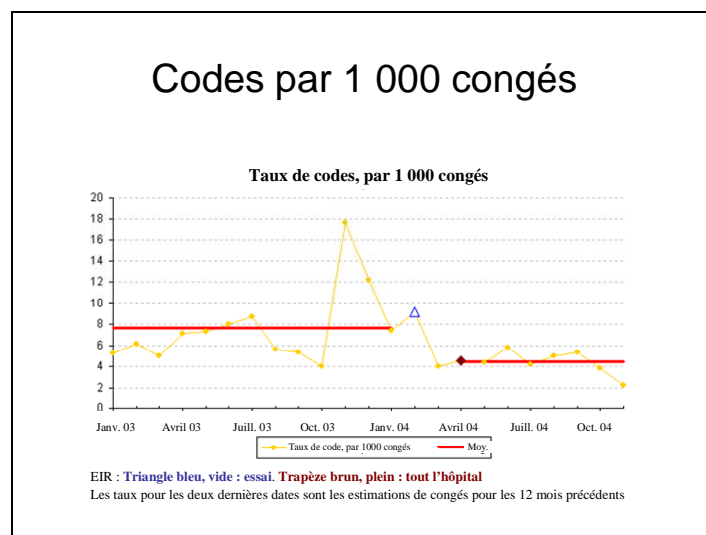
Le diagramme présente les résultats d'un hôpital après la mise en place d'une équipe d'intervention rapide (ÉIR). Il s'agit d'un hôpital communautaire de 750 lits qui ne dispense pas d'enseignement. Leur ÉIR est composée d'une infirmière des soins intensifs et d'un inhalothérapeute et est épaulée par des médecins des soins intensifs. Grâce à l'ÉIR, l'hôpital a vu son taux global de codes par 1 000 congés de l'hôpital chuter de 23 %.



Le même hôpital a constaté une réduction de 44 % du nombre de codes se produisant hors de l'USI. L'hypothèse avancée est la suivante : les patients sont identifiés avant un arrêt cardiaque et aucun arrêt nécessitant un code n'est survenu, ou alors ils sont transférés à l'USI avant l'arrêt cardiaque.



Le même hôpital a vu son pourcentage de patients survivant à la suite d'un code, au moins jusqu'à leur congé de l'hôpital, augmenter de 48 %. Une fois encore, l'hypothèse avancée est que les patients pour qui un code a été donné étaient dans un milieu contrôlé, comparable à une USI, ce qui a augmenté leurs chances de survie.



Un autre hôpital communautaire, celui-ci plus petit, ne dispensant pas d'enseignement non plus et qui recense quotidiennement près de 225 patients, a obtenu des résultats comparables en ce qui concerne la réduction globale des codes par 1 000 congés de l'hôpital.

### Un exemple canadien – La Calgary Health Region

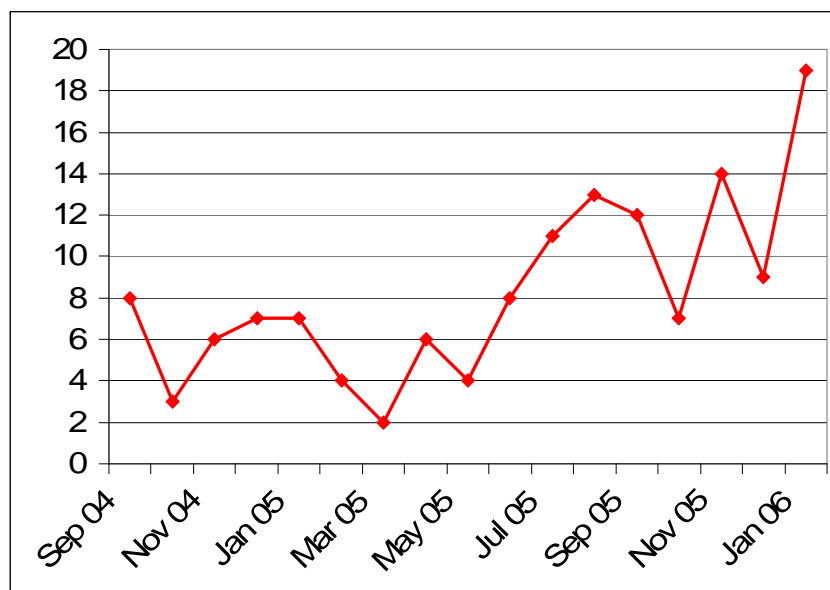
La Calgary Health Region a mis en place une équipe d'intervention rapide (appelée ICU Outreach Team) dans l'un de ses établissements de santé en 2004. En voici les résultats :

<b>ICU Outreach Team Calgary Health Region</b>			
	N <sup>bre</sup> d'arrêts cardiaques	N <sup>bre</sup> de jours à l'USI	N <sup>bre</sup> de jours d'hospitalisation
Avant la mise en place	63	302	756
Après la mise en place	38	100	228
Comparaison entre les périodes du 1 <sup>er</sup> février au 31 juillet 2003 et du 2 février au 31 juillet 2004			
N <sup>bre</sup> total d'appels	112		
Délai d'intervention	Inférieur à 5 min		
Temps de présence	35 min en moyenne		

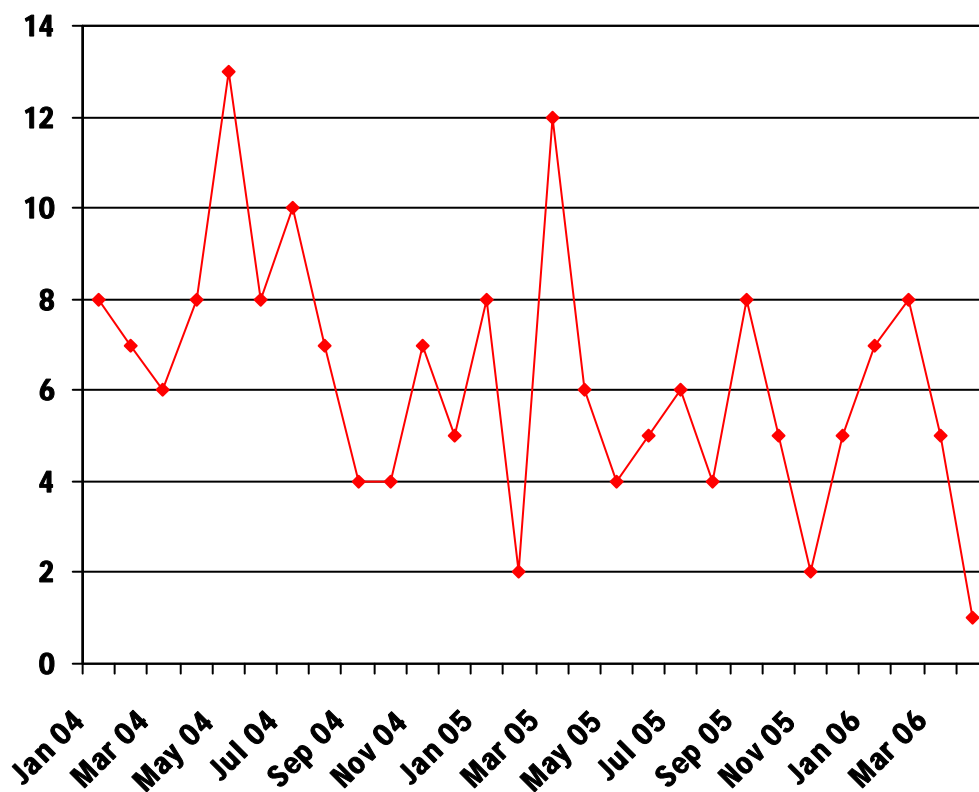
Ce type d'ÉIR a été mis en place dans les trois hôpitaux pour adultes de la région.

Autre exemple canadien : Capital Health, Edmonton, Alberta  
 Nombre d'appels pour les services de l'équipe d'urgence médicale (MET)

**Nombre d'arrêts cardiaques**



### Nombre d'arrêts cardiaques



### L'étude MERIT

Malgré ces résultats des plus encourageants du collectif, la plupart des articles publiés à ce jour sur les équipes d'intervention rapide et des centres qui ont mis en place de telles équipes, il est tout de même très difficile de tirer des conclusions scientifiques probantes sur les bénéfices des ÉIR. La plupart des études, sauf une (MERIT), se sont servies des témoins historiques pour évaluer l'incidence de l'équipe sur les soins des patients. La principale préoccupation ressortant des études qui se basent sur des témoins historiques porte sur la difficulté de tenir compte des répercussions des variables connues ou inconnues qui pourraient également avoir une influence sur les résultats qui nous concernent. L'étude MERIT est le seul et unique essai avec répartition aléatoire et contrôlé qui évalue le rôle joué par les équipes de réanimation d'urgence menées par des médecins (équipes d'urgence médicale). Dans cette étude, 23 hôpitaux d'Australie ont été répartis au hasard, soit pour procéder comme ils le font habituellement, soit pour mettre en place une équipe d'urgence médicale pendant une période d'étude. Les auteurs n'ont pas observé de changement quant à l'incidence d'arrêts cardiaques, aux admissions imprévues aux unités de soins intensifs ou aux décès inattendus. Toutefois, bien qu'il s'agisse de l'essai faisant appel à la meilleure méthodologie scientifique, il est très difficile de conclure en fonction de ces résultats que le recours à des équipes de réanimation d'urgence soit bénéfique. L'étude n'indique pas que les équipes de réanimation d'urgence sont inutiles, mais plutôt qu'elles sont difficiles à évaluer.

## Réaction à l'étude MERIT

Voici des extraits de la description de l'IHI et de sa réaction aux résultats de l'étude MERIT publiés dans le journal *The Lancet*. La version intégrale de l'article (en anglais seulement) est publiée sur le site Web de l'IHI dans la section « Rapid Response Team ». <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=2>

*Dans le numéro du 18 juin 2005 du journal The Lancet, les investigateurs australiens qui ont été les premiers à décrire en détail le recours aux « équipes d'urgence médicale » (MET) – ce que nous appelons les « équipes d'intervention rapide » dans le cadre de la campagne 100,000 Lives – ont rapporté les données sur un « essai aléatoire par grappes » du système de MET mené auprès de 23 hôpitaux australiens. L'étude visait à établir « si le système de MET pouvait réduire l'incidence d'arrêts cardiaques, d'admissions imprévues aux unités de soins intensifs et de décès inattendus chez les patients en unité de soins réguliers ».*

*[citation traduite] (Investigateurs de l'étude MERIT, « Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial », The Lancet, 2005, 365, p. 2091-2097.)*

*Cette étude audacieuse constitue un exemple fort louable d'une tentative d'évaluation scientifique systématique d'une innovation sociotechnique. Le rapport d'étude est extrêmement bien rédigé, et tant le rapport que l'ouverture de l'équipe d'étude nous permettront de tirer de précieuses leçons de son travail continu.*

*Les chercheurs ont résumé leurs conclusions de la façon suivante : « Le système de MET accroît grandement les appels à l'équipe d'urgence, mais n'a pas un effet notable sur l'incidence des arrêts cardiaques, des admissions imprévues à l'USI ou des décès inattendus. »*

*Bien que l'étude MERIT, dont les résultats ont été publiés dans The Lancet, en soit arrivée à des conclusions techniquement négatives à l'égard d'une comparaison entre les hôpitaux de traitement et les hôpitaux témoins, et ce, dans le cadre d'une analyse sur l'« intention de traiter », d'importantes restrictions ont été soulevées qui sont pertinentes quant aux méthodes et aux objectifs de la campagne 100,000 Lives, , à savoir a) la mise en œuvre incomplète et inégale du processus de MET dans les hôpitaux expérimentaux, b) une grande proportion d'hôpitaux d'enseignement relativement au nombre de participants de l'étude, c) la possibilité que des processus de réaction rapide (ou des systèmes d'intervention rapide) non mesurés aient été adoptés par les hôpitaux témoins, d) des niveaux faibles de surveillance des facteurs physiologiques pertinents chez les patients en unités de soins réguliers et (e) la capacité expérimentale extrêmement faible à détecter les améliorations selon l'ampleur recherchée dans le cadre de la campagne. En somme, ces contraintes, tant sur le plan de la valeur probante que de la généralisabilité de l'étude MERIT (c'est-à-dire de sa validité interne et externe), n'ébranlent aucunement notre confiance dans le fait que le processus d'ÉIR, mis en œuvre adéquatement, puisse réduire le taux de mortalité chez les patients hospitalisés. Des rapports publiés antérieurement, bien que ne concernant pas des essais avec répartition aléatoire, de même que des analyses de séries chronologiques continues provenant d'hôpitaux participants, restent fortement en faveur de l'efficacité des ÉIR, du moins dans certaines circonstances.*

- *Dans l'étude MERIT, il est clairement indiqué que les hôpitaux de la campagne 100,000 Lives devraient assurer eux-mêmes la formation, le soutien, l'encouragement et la surveillance nécessaires à la mise en application du processus d'ÉIR. Le nombre d'interventions ciblées d'une ÉIR devrait se situer entre 15 et 25 par 1 000 admissions afin d'assurer la mise en œuvre adéquate du processus.*

- *La surveillance de l'état et des signes vitaux des patients en unités de soins réguliers peut représenter une étape sensible du processus. On ne fera pas appel à l'ÉIR si personne ne remarque l'état changeant du patient. Les méthodes et les horaires de surveillance traditionnels pourraient ne pas suffire pour*

*appuyer et déclencher l'intervention de l'ÉIR. Il s'agit donc d'une composante importante du processus qu'il faut explorer et améliorer.*

*• Les réductions considérables des taux de décès non prévus chez les patients hospitalisés, réalisées avec le temps dans l'ensemble des 23 hôpitaux ayant participé à l'étude MERIT, suggèrent que des changements de cette ampleur seraient, d'une façon ou d'une autre, réalisables pour ce qui est des patients hospitalisés, du moins dans certains hôpitaux. L'IHI appuie entièrement tous les efforts déployés en vue de réduire les « échecs liés aux mesures de secours » – soit de repérer et de traiter le plus tôt possible les patients dont la vie est en danger – et est d'avis que les ÉIR constituent une initiative importante et prometteuse en ce sens.*

Se fondant sur l'examen de l'IHI et les mises en œuvre réussies d'équipes d'intervention rapide au Canada, la campagne SSPSM appuie entièrement l'utilisation d'ÉIR pour améliorer les soins de santé et fournir un environnement sécuritaire aux patients.

Il n'y a aucun doute que le débat à ce sujet se poursuivra puisque les équipes d'intervention rapide sont exigeantes du point de vue des ressources. Un échange entre Peter Pronovost et Don Berwick a récemment été repris dans *The Journal on Quality and Patient Safety* de novembre 2006. Espérons que le sujet continuera de provoquer des débats, de façon à demeurer un sujet d'intérêt.

## Mise en œuvre des équipes d'intervention rapide

---

### *Quel est le rôle de l'ÉIR?*

- Évaluer
- Stabiliser
- Aider aux communications
- Assurer la formation et le suivi
- Faciliter le transfert, au besoin
- Assurer le suivi des patients ayant reçu leur congé de l'hôpital

L'ÉIR assume différents rôles importants. L'équipe doit aider le personnel à évaluer et à stabiliser l'état du patient et à réunir l'information qui devra être communiquée au médecin traitant. L'équipe doit également assurer le rôle de formation auprès du personnel et lui apporter son appui. Au départ, certains hôpitaux peuvent craindre que la mise sur pied d'une ÉIR entraîne une réduction des compétences cliniques du personnel non affecté à l'USI. Dans les faits, c'est le contraire qui semble se produire. Dans leur rôle de formateur, les membres du personnel infirmier de l'ÉIR ont une occasion unique de transmettre leur savoir au personnel non affecté à l'USI au moment d'un appel, lorsqu'ils réunissent les divers éléments de l'information clinique et qu'ils assemblent les pièces du casse-tête. Si les circonstances l'exigent, l'ÉIR doit aider le personnel à transférer les patients à une unité de soins plus spécialisée.

### *Facteurs à considérer*

Avant de faire l'essai d'une ÉIR et de la mettre en place, les hôpitaux devraient évaluer ce qui suit :

- Obtenir l'appui de la haute direction.
- Trouver une structure appropriée pour l'équipe.
- Fournir les connaissances et la formation requises.
- Établir les critères et les mécanismes d'appel de l'ÉIR.
- Utiliser un outil de documentation structuré.
- Mettre en place des mécanismes de rétroaction.
- Mesurer l'efficacité.

L'annexe A présente la démarche qu'un hôpital a adoptée pour mettre en place une ÉIR, ainsi qu'une brève description des résultats obtenus et des apprentissages.

### **Obtenir l'appui de la haute direction**

Il est important d'obtenir l'appui et l'engagement de la haute direction (directeurs et médecins), en utilisant des arguments tels que : « Nous devons le faire; c'est important et c'est la bonne chose à faire pour nos patients. »

- Prendre un engagement organisationnel formel quant à l'établissement d'une ÉIR.
- Renseigner le personnel médical au sujet des avantages de l'ÉIR et démentir les idées préconçues à ce sujet.
- Concevoir un message clair devant être largement diffusé par les membres de la haute direction.

### **Trouver une structure appropriée pour l'équipe**

D'abord, qui fera partie de l'ÉIR? Notre expérience démontre que différents modèles fonctionnent bien, y compris les suivants :

- Une inf. aut. de l'USI et un inhalothérapeute.
- Une inf. aut. de l'USI, un inhalothérapeute, un médecin de soins intensifs et un résident.
- Une inf. aut. de l'USI, un inhalothérapeute et un médecin de soins intensifs ou un médecin exerçant en milieu hospitalier.
- Une inf. aut. de l'USI, un inhalothérapeute et un auxiliaire médical.

Choisir chaque membre (médecin, inf. aut., inhalothérapeute) de l'équipe avec soin. Il faut choisir un médecin qui est respecté tant par le personnel infirmier que par ses pairs et qui est perçu comme un bon communicateur et un joueur d'équipe.

Pour chaque modèle, le choix des membres repose sur trois facteurs essentiels :

- Ils doivent être disponibles pour répondre immédiatement à un appel et ne pas être limités dans le temps en raison de d'autres responsabilités.
- Ils doivent être sur les lieux et accessibles.
- Ils doivent avoir les compétences nécessaires en soins intensifs pour évaluer et réagir avec efficacité.

Les établissements doivent tenir compte de leurs ressources actuelles et de leur culture lorsqu'ils choisissent les membres de l'ÉIR et s'appuyer sur leurs relations et leurs modèles de pratiques existants, par exemple, le programme des médecins exerçant en milieu hospitalier, une disponibilité des médecins de soins intensifs inférieure à 24 heures par jour, 7 jours semaine, etc. Le personnel doit se sentir à l'aise de faire appel à l'ÉIR. Il est important de choisir les membres de l'équipe de façon à maximiser leurs capacités en tant que formateurs et intervenants.

Les établissements sont en mesure de réunir les ressources nécessaires lorsqu'un patient est en voie de subir un arrêt cardiaque. Le vrai défi est de trouver les ressources nécessaires pour *empêcher* l'arrêt cardiaque de se produire.

### **Fournir les connaissances et la formation requises**

Personnel médical : Renseigner le personnel médical au sujet des avantages de l'ÉIR et démentir les idées préconçues à ce sujet.

Avantages :

- Évaluation rapide et précise des patients en phase critique, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- Communications claires et concises grâce à la méthode SAER (situation, antécédents, évaluation, recommandation), ou mieux connu sous le nom de «SBAR».
- Lien entre la réduction du nombre de codes et le taux de mortalité.

Idées préconçues :

- L'ÉIR n'a pas pour but de remplacer la consultation immédiate avec le médecin si elle est requise. Après l'intervention de l'ÉIR, le médecin approprié est avisé. Le but est d'aider les patients pendant une période d'instabilité clinique, et non de prendre la place du médecin au cours de ce processus.

Membres de l'ÉIR : Les membres de l'ÉIR doivent recevoir l'enseignement et la formation ensemble. La formation comprend les éléments suivants :

- Formation avancée en soins intensifs (technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire), au besoin. La plupart des inf. aut. de l'USI et des inhalothérapeutes auront probablement déjà reçu cette formation. Les établissements devront déterminer quels protocoles permanents l'ÉIR pourra utiliser pendant une intervention.
- Méthode de communication et de réception de messages SAER (situation, antécédents, évaluation, recommandation) concernant l'état du patient (voir détails sur [www.ihl.org](http://www.ihl.org)).
- Aptitudes à communiquer, y compris à répondre d'une manière professionnelle et courtoise.
- Mise au point d'attentes appropriées, notamment la capacité d'intervenir dans un délai raisonnable (p. ex., en moins de 5 minutes pour chaque fois que l'ÉIR est appelée) et la capacité de fournir des commentaires objectifs et constructifs à la personne qui a fait l'appel.

Personnel infirmier : Tout le personnel infirmier doit acquérir les connaissances et recevoir une formation sur ce qui suit :

- Critères et procédures d'appel – comment alerter l'ÉIR.

- Aptitudes à la communication et au travail d'équipe – utilisation de la méthode SAER, assurance et compétences linguistiques essentielles.
- Attentes appropriées – ne pas hésiter à faire appel à l'ÉIR. « Il est préférable d'agir que d'attendre. » Certains établissements exigent que le personnel infirmier fasse appel à l'ÉIR aussitôt qu'un critère est rempli, et le fait de *ne pas* faire appel à l'ÉIR peut avoir des répercussions.
- L'équipe qui répondra devra le faire d'une manière objective et constructive.
- L'information pertinente doit être mise à la disposition de l'équipe, comme le dossier du patient, le registre des médicaments administrés, les évaluations antérieures, etc.
- La personne qui fait appel à l'ÉIR deviendra un membre clé de l'équipe et devra aider celle-ci; l'ÉIR n'est pas là pour prendre seule le contrôle de la situation et des soins du patient.

La formation dispensée au personnel infirmier peut prendre la forme d'une « présentation itinérante » donnée dans chaque unité de soins, soit lorsqu'un membre se joint au projet pilote ou au début de la mise en œuvre. Les gestionnaires des soins infirmiers et les formateurs peuvent réunir les membres du personnel et leur présenter un compte rendu d'un code ou d'une intervention critique qui « aurait pu se produire la nuit précédente dans l'unité ». La présentation d'une brève description de la façon dont l'ÉIR aurait pu aider le personnel et empêcher l'événement de se produire peut accélérer l'apprentissage.

Un exemple de liste de vérification de la formation à dispenser sur l'ÉIR est fourni en annexe B.

### **Établir les critères et les mécanismes d'appel de l'ÉIR**

Critères d'appel de l'ÉIR : Chaque établissement devra déterminer les critères qui seront retenus pour faire appel à l'ÉIR et devra renseigner le personnel en conséquence. Les exemples de critères comprennent :

- Un membre du personnel s'inquiète au sujet d'un patient.
- Modification importante de la fréquence cardiaque : inférieure à 40 ou supérieure à 130 pulsations par minute.
- Modification importante de la tension artérielle systolique : inférieure à 90 mm Hg.
- Modification importante de la fréquence respiratoire : inférieure à 8 ou supérieure à 28 cycles par minute.
- Modification importante de la saturation : inférieure à 90 %, malgré l'administration d'oxygène.
- Modification importante de l'état de conscience.
- Modification importante du débit urinaire : inférieur à 50 mL en 4 heures.

On compte au moins deux approches différentes à l'utilisation des critères. La première consiste à renseigner les membres du personnel sur les critères et à les encourager à faire appel à l'ÉIR lorsqu'un de ceux-ci est rempli ou lorsqu'ils s'inquiètent au sujet d'un patient, même si ce dernier ne remplit aucun des critères. L'autre approche consiste à entraîner le personnel à faire appel à l'ÉIR lorsqu'un des critères est rempli, établissant ainsi une exigence différente.

Conseil : Après avoir réalisé le projet pilote d'ÉIR, il faut s'assurer de bien renseigner tout le personnel de l'hôpital sur les critères, y compris le personnel du service de radiologie, d'endoscopie, etc.

### Mécanismes d'appel de l'ÉIR :

- Utiliser un téléavertisseur, avec ou sans fonctions auxiliaires.
- Inviter le personnel à entrer le numéro de chambre du patient.
- Si le patient n'est pas dans une chambre, entrer le numéro de poste que l'ÉIR devra composer pour demander où se trouve le patient.

## Utiliser un outil de documentation structuré

**Communication et documentation**

- SAER incorporé
- Enregistrer les interventions et les raisons de l'appel
- Utiliser les données dans le cadre des programmes éducatifs

Missouri Baptist Medical Center	
RAPID RESPONSE TEAM RECORD	
Search # Location Time Call Attending Orders	
Primary Reason for Call	Situation
<input type="checkbox"/> Staff movement / transfer	
<input type="checkbox"/> Identify	
<input type="checkbox"/> Call with vital signs	<input type="checkbox"/> With greater than 150
<input type="checkbox"/> Call with non-physical	<input type="checkbox"/> Abnormal oxygen
<input type="checkbox"/> RR less than 8	<input type="checkbox"/> RR greater than 24
<input type="checkbox"/> SpO2 less than 90%	<input type="checkbox"/> SpO2 less than 90%
<input type="checkbox"/> Unstable	<input type="checkbox"/> Unstable
Interventions	Background
<input type="checkbox"/> Oxygen	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Nebulizer Treatment	<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> Incentive	<input type="checkbox"/> CHF
<input type="checkbox"/> W/P	<input type="checkbox"/> Seizure
<input type="checkbox"/> Call Nurse	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Call Respiratory	<input type="checkbox"/> No intervention
<input type="checkbox"/> ABG	
<input type="checkbox"/> CXR	
<input type="checkbox"/> Medication	
<input type="checkbox"/> Other	
Assessment	
Stable	
Unstable	
Transfer to ICU	
Transfer to ED	
Other	
Signature	Follow-up Report
RN	
LP	
MD	
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE	
Barcode	

Des exemples de feuilles de documentation sont disponibles; pas besoin de réinventer la roue. (Vous pouvez télécharger la feuille « Rapid Response Team Record » sur [www.IHI.org](http://www.IHI.org).)

La technique de communication SAER peut être incorporée au processus en l'insérant sur la feuille de documentation. L'équipe peut utiliser la feuille pour consigner et organiser les renseignements sur l'état du patient avant d'appeler le médecin. Elle peut également y consigner les raisons pour lesquelles l'ÉIR a été appelée, ainsi que les types d'interventions pratiquées. Ces renseignements peuvent être utilisés à des fins de planification et dans le cadre des programmes de formation destinés au personnel infirmier et médical.

## Mettre en place des mécanismes de rétroaction

- Formuler des commentaires sur l'évolution de l'état de santé du patient.
- Chercher des leçons apprises dans l'ensemble de l'hôpital.
- Utiliser des données pour enrichir des programmes de formation.
- Faire connaître les cas de réussite.

Il est important de créer des mécanismes de rétroaction à l'intention du personnel afin de mieux faire connaître l'ÉIR et ses avantages. Particulièrement pendant les phases initiales de la composition de l'équipe, les établissements trouvent utile de faire référence à des cas où des patients ont été secourus par l'équipe. Cette méthode peut être utile pour gagner l'appui du personnel à l'endroit de l'équipe.

Les établissements peuvent examiner les données recueillies par l'ÉIR pour connaître les apprentissages, les schémas et les tendances, par exemple, des incidents respiratoires liés à la prise de narcotiques. L'information recueillie au cours des appels de l'ÉIR peut également être utilisée à des fins de documentation du plan de formation global de l'établissement.

## Mesurer l'efficacité

Utiliser les trois mesures suivantes pour évaluer l'efficacité de l'ÉIR :

1. Codes par 1 000 congés
2. Pourcentage de codes hors de l'USI
3. Recours à l'ÉIR

L'annexe C présente des descriptions techniques plus détaillées de ces mesures, dont des définitions de termes, des numérateurs, des dénominateurs, des exclusions et des stratégies de collecte.

L'annexe C contient également des feuilles de travail pour chaque mesure. Ces feuilles présentent des tables de calcul étape par étape du numérateur, du dénominateur et du résultat final pour chacune des mesures. Elles peuvent être utilisées à la phase préliminaire (avant la mise en application de l'ensemble) ou à l'étape de la première application. Il peut s'avérer approprié d'obtenir les renseignements sur une partie ou l'ensemble des mesures rétroactivement, en examinant les feuilles de travail, mais il demeure préférable de recueillir vos données en temps réel (méthode simultanée).

La campagne SSPSM vous recommande d'obtenir des **données préliminaires** à l'aide des feuilles de travail fournies avant que votre établissement, équipe ou unité ne mette en application le projet d'ÉIR. Les données préliminaires vous permettront d'évaluer votre situation actuelle et de cerner les points sur lesquels votre établissement ou votre unité devrait mettre l'accent. Nous vous suggérons de tirer un portrait instantané d'une période de trois mois ou plus, ou d'une période dont la durée conviendra le mieux à votre organisation.

### **Suivi des mesures dans le temps**

Il faut un certain temps pour que des améliorations se produisent. Pour déterminer s'il y a vraiment eu amélioration et si l'effet sera durable, on doit observer les tendances dans le temps. Les **graphiques de séquences**, créés au moyen de données recueillies au fil du temps, sont parmi les outils les plus utiles pour l'amélioration du rendement. L'utilisation de graphiques de séquences offre plusieurs avantages :

- Ils illustrent le bon (ou le mauvais) fonctionnement d'un processus et aident les équipes d'amélioration à se fixer des objectifs en conséquence.
- Ils présentent une séquence de données qui permet de déterminer si des changements ont vraiment eu un effet favorable et qui peut être analysée au fur et à mesure que des changements sont apportés.
- Ils permettent d'orienter le travail d'amélioration et donnent de l'information sur la valeur de changements particuliers.

Vous trouverez des exemples de graphiques de séquences aux pages 9 et 10.

Les établissements peuvent également recueillir d'autres types de données de mesure, notamment sur l'utilisation des lits de l'USI pour les victimes d'arrêt cardiaque, la satisfaction du personnel à l'égard de l'ÉIR, le pourcentage de patients survivant à la suite d'un code au moins jusqu'à leur congé de l'hôpital et les données issues du sondage sur la culture de la sécurité.

### **Utilisation du modèle d'amélioration**

Pour faire progresser le travail, l'IHI recommande d'utiliser le modèle d'amélioration élaboré par *Associates in Process Improvement*. Cet outil simple mais très efficace permet d'accélérer le processus d'amélioration et a été utilisé avec succès par des centaines d'établissements de soins de santé en vue d'améliorer différents processus et résultats.

Le modèle comprend deux volets :

- Trois questions fondamentales qui permettent aux équipes d'amélioration 1) de se fixer des objectifs clairs, 2) de définir les mesures qui l'aideront à déterminer si les changements ont porté fruit et 3) de cerner les changements qui sont les plus susceptibles de mener à une amélioration.
- Le cycle planifier-exécuter-étudier-agir (PEÉA) pour mettre à l'essai, à petite échelle, les changements proposés dans de vrais milieux de travail. Les équipes doivent planifier et mener l'essai, analyser les résultats obtenus et agir en fonction des apprentissages. Il s'agit d'une méthode scientifique d'apprentissage axée sur l'action.

Mise en application : Après la mise à l'essai d'un changement à petite échelle, l'apprentissage qui en résulte et la mise au point du changement au moyen des cycles PEÉA, l'équipe peut réaliser le changement à plus grande échelle – par exemple, à un groupe pilote ou à l'ensemble de l'unité.

Déploiement : Après avoir réussi la mise en application d'un changement ou d'un ensemble de changements pour un groupe pilote ou un service entier, l'équipe peut accroître la portée des changements à d'autres parties de l'organisation ou à d'autres organisations.

Pour en savoir plus sur le modèle d'amélioration, consultez [www.IHI.org](http://www.IHI.org).

### ***Autres avantages possibles de l'équipe d'intervention rapide***

Outre la réduction du nombre de codes et du taux de mortalité, l'ÉIR peut offrir d'autres avantages, bien que ceux-ci nécessitent une étude plus approfondie. Parmi les autres avantages possibles, mentionnons :

- De meilleurs résultats
- Des relations améliorées
- Un plus haut niveau de satisfaction
  - Personnel infirmier
  - Médecins
  - Patients
- Une plus grande facilité à conserver le personnel infirmier
- Des avantages financiers

### ***Conseils pour bien démarrer***

- Soyez tolérant lors de « fausses alarmes ». Remerciez le personnel d'avoir fait appel à l'ÉIR même si, après évaluation, il se trouve que l'état du patient ne justifiait pas l'appel.
- Parlez-en – dès le début et sans relâche. Communiquez, communiquez et communiquez! Mettez-y tous vos efforts. Particulièrement au début, parlez-en souvent et continuellement. Soyez systématique et inlassable dans vos communications.
- Ne sous-estimez pas le pouvoir que peuvent avoir les anecdotes que vous relatez au personnel médical et infirmier au sujet de l'ÉIR.
- Maintenez un niveau de sensibilisation et de renforcement soutenu dans l'ensemble de l'hôpital en ce qui concerne l'ÉIR, au moyen de publications, de bulletins d'information, etc.

## RÉFÉRENCES

Bellomo R., Goldsmith D., Uchino S. et al., « Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates », *Crit Care Med*, 2004, 32, p. 916-921.

Buist M. D., Moore G. E., Bernard S. A., Waxman B. P., Anderson J. N., Nguyen T. V., « Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study », *BMJ*, 2002, 324, p. 387-390.

Franklin C., Mathew J., « Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event », *Crit Care Med*, 1994, 22(2), p. 244-247.

Goldhill D. R., Worthington L., Mulcahy A., Tarling M., Sumner A., « The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients », *Anesthesia*, 1999, 54(9), p. 853-860.

Schein R.M., Hazday N., Pena M. et al., « Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. Chest », 1990, 98, p. 1388-1392.

---

## ANNEXE A : Des comptes rendus sur place

---

### Campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Des comptes rendus sur place

<b>Intervention :</b>	Programme d'intervention de l'USI ( <i>ICU Outreach Program</i> )/ Équipes d'intervention rapide (ÉIR)
<b>Organisation :</b>	Calgary Health Region Calgary, Alberta
<b>Personne-ressource :</b>	Elaine Rose, B.Sc. inf., M. Sc. Santé, IA Coordonnatrice régionale du programme d'intervention USI <a href="mailto:elaine.rose@calgaryhealthregion.ca">elaine.rose@calgaryhealthregion.ca</a>
<b>Date :</b>	Le 26 janvier 2007

Le 2 février 2004, la Calgary Health Region mettait en place son programme d'intervention d'USI. Le programme a d'abord consisté en un projet pilote de six mois au Rockyview General Hospital, l'un des trois centres de soins intensifs pour adultes de Calgary. Depuis, le projet pilote s'est muté en programme régional. Le programme d'intervention d'USI a été mis en place dans les établissements pour adultes suivants : Rockyview General Hospital (RGH), Foothills Medical Centre (FMC) et Peter Lougheed Centre (PLC). Les équipes répondent au « code 66 » partout où l'équipe de l'USI code bleu interviendrait normalement, ce qui exclut toutefois des services tels que les unités d'urgence néo-natales, l'urgence, les salles d'opération, les salles de réveil et l'USI, puisque ces unités gèrent leurs propres codes. En plus de répondre au « code 66 », les équipes d'intervention assurent également le suivi des patients sortis de l'USI, des patients qui restent dans les unités de soins généraux après avoir fait l'objet d'un code 66 ou d'un code bleu et des patients qui ont été vu en consultation par le médecin de l'USI.

Les équipes comprennent une infirmière de l'USI (inf. aut.), un inhalothérapeute autorisé et un médecin de l'USI. Lorsque quelqu'un d'un service de soins généraux remarque que la santé d'un patient se détériore, conformément aux critères d'intervention, un appel est logé au standard téléphonique en indiquant un « code 66 » : nous nous servons du même processus qui est en place pour le code bleu. Le standard appelle ensuite l'équipe sur un téléavertisseur portatif et à l'interphone. L'équipe répond dans les 15 minutes suivant l'appel. Le temps de réponse moyen est de 5,8 minutes.

Les trois centres ont des modèles de dotation légèrement différents. Le RGH, qui a mis en place le programme en février 2004, compte des membres enthousiastes du personnel infirmier, des inhalothérapeutes autorisés et un médecin, habituellement un résident junior de l'USI. Au FMC, où le programme a été mis en place en juillet 2006, on compte également des membres du personnel infirmier, des inhalothérapeutes autorisés et des médecins, tous enthousiastes, de 17 h à 8 h. De 8 h à 17 h, l'un des médecins traitants de l'USI, des associés ou des résidents répond aux appels du code 66. Au PLC, où le programme a été mis en place en octobre 2006, deux équipes composées de membres du personnel infirmier autorisé travaillent en alternance cinq semaines avec l'équipe d'intervention et cinq semaines au chevet des patients à l'USI. On compte également des inhalothérapeutes autorisés enthousiastes qui répondent aux appels, tout en ayant à leur charge des patients de l'USI. On compte des médecins enthousiastes pour les deux tiers des quarts de 17 h à 8 h; le reste de la nuit et le quart de 8 h à 17 h sont couverts par les médecins, associés ou résidents de l'USI.

Un examen de certains des appels de septembre à novembre 2006 a permis d'obtenir les renseignements suivants (*remarque* : les renseignements provenant du PLC ne commencent qu'en octobre lorsque le programme a été mis en place à ce centre).

Les cinq principales raisons d'un code 66 sont les suivantes :

FMC et PLC

- Détresse respiratoire
- État de conscience diminué
- Tachycardie/hypotension
- Anxiété
- Voies aériennes

RGH

- Anxiété
- Tachycardie/hypotension
- État de conscience diminué
- Détresse respiratoire
- Voies aériennes

Il arrive souvent que plus d'une raison soit donnée pour justifier l'appel.

Les cinq principales interventions sont les suivantes :

FMC

- Oxygène d'appoint
- Tests radiographiques
- Administration d'un bolus
- Perfusion intraveineuse
- Ventilation

PLC

- Tests radiographiques
- Administration d'un bolus
- Oxygène d'appoint
- Ventilation
- Perfusion intraveineuse

RGH

- Oxygène d'appoint
- Tests radiographiques
- Perfusion intraveineuse
- Administration d'un bolus
- Médicaments pour le cœur

À noter que le pourcentage de patients admis à l'USI à la suite d'un code 66 varie selon les centres : RGH = 14,74 % (début du programme : 2004 avec le projet pilote), FMC = 23,02 % (début du programme : juillet 2006) et PLC = 40,68 % (début du programme : octobre 2006). Il sera intéressant de suivre de près la tendance au fil du temps.

Nous avons appris que le perfectionnement de l'équipe d'intervention, du personnel de l'USI et du personnel de l'hôpital est essentiel. En plus du perfectionnement, il nous est apparu évident qu'il est impératif pour l'équipe d'intervention d'établir des liens de façon proactive. Les membres de l'équipe sont des fournisseurs de services qui doivent être dotés de compétences en communication et en relations publiques supérieures à la moyenne. Malgré la formation proposée au personnel de l'hôpital, les membres du personnel de l'USI sont ceux que l'on a souvent mis à l'écart. Il est essentiel pour le programme et le bon moral des collègues de l'USI de leur faire part régulièrement des réalisations de l'équipe d'intervention ainsi que de tout renseignement et de toute donnée que nous avons en main. Les membres du personnel de l'USI apprécient qu'on leur fasse part d'observations sur le progrès que réalisent les patients une fois transférés de l'USI. Il est également important de continuellement rappeler aux membres du personnel des unités des soins courants de toujours appeler le(s) médecin(s) responsable(s), si le temps le permet, afin de leur faire part de leurs préoccupations avant d'appeler l'équipe d'intervention de l'USI sinon, on pourrait susciter des émotions négatives de part et d'autre (les médecins des

unités de soins sont irrités de ne pas avoir été consultés et d'être considérés comme étant moins importants ou étrangers au processus de soins tandis que les médecins des équipes des USI peuvent estimer qu'ils sont appelés trop souvent pour régler des problèmes qui relèvent clairement de la responsabilité et des soins des médecins des unités de soins).

Les commentaires que nous recevons des travailleurs de la santé dans les unités des soins aux patients sont essentiellement positifs. Les équipes et le programme font l'objet d'éloges, comme en témoignent les commentaires suivants :

- « L'infirmière d'intervention a été très calme en situation de crise. C'est beaucoup plus facile que d'attendre que la situation exige un code bleu. »
- « Merci à l'équipe d'intervention pour son aide fantastique et précieuse. »
- « De l'aide formidable pour évaluer et stabiliser le patient. »
- « C'est la première fois que je participais activement à un code 66 et l'expérience a été très profitable. Je crois que cela a eu d'importantes répercussions sur l'état du patient. »
- « Ce patient n'aurait pas réagi de façon aussi positive si cette équipe ne nous avait pas aidés – nous aurions dû éventuellement lancer un code... »

Somme toute, il s'agit d'un programme des plus positifs, qui a reçu l'éloge des unités générales. Le programme ne cesse d'évoluer à mesure que nous établissons des lignes directrices et des politiques supplémentaires et que nous en peaufinons d'autres.

## **ANNEXE B : Liste de contrôle de la formation sur l'équipe d'intervention rapide (exemple)**

---

### **Liste de contrôle de la formation sur l'équipe d'intervention rapide (exemple)**

#### Personnel médical

- Renseignements généraux
- Avantages
- Mythes

#### ÉIR

- Technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire ou formation avancée en soins intensifs
- SAÉR (situation, antécédents, évaluation, recommandation)
- Aptitudes à communiquer
- Attentes appropriées
  - Importance d'intervenir dans un délai raisonnable
  - Importance de fournir des commentaires objectifs et constructifs à l'auteur de l'appel

#### Personnel infirmier

- Critères d'appel
- Processus de signalement
- Aptitudes à communiquer et à travailler en équipe
  - SAÉR, assurance et compétences linguistiques
- Attentes appropriées
  - Importance de lancer un appel, même en cas de doute
  - Nature objective et constructive de l'ÉIR
  - Mettre l'information pertinente à la disposition de l'ÉIR (dossier, feuille des médicaments administrés, etc.)
  - Rôle en tant que membre de l'équipe

**[À titre d'information seulement.]**

## **ANNEXE C : Descriptions techniques et feuilles de travail**

---

### **1. Codes par 1 000 congés d'hôpital – Description technique**

**Intervenant(s) :** Équipes d'intervention rapide

**Définition :** Nombre de codes par 1 000 congés d'hôpital

**But :** Réduire le taux de codes de 50 % en un an

#### **DÉTAILS DU CALCUL**

**Définition du numérateur :** Nombre total de codes visant les patients hospitalisés.

**Exclusions relatives au numérateur :**

- Codes se produisant en salle d'urgence (patients non admis à l'hôpital).

**Définition du dénominateur :** Nombre total de congés de patients hospitalisés

**Exclusions relatives au dénominateur :**

- Enfants mort-nés
- Décès en salle d'urgence de patients admis à l'urgence seulement.

**Durée des périodes de mesure :** Données pour chaque mois.

**Définition de termes :**

- **Code :** Patients nécessitant la réanimation cardio-respiratoire ou l'intubation.
- **Patient admis à l'urgence seulement :** Patient qui reçoit des soins au service d'urgence et qui n'a pas encore été admis à l'hôpital ou inscrit comme patient hospitalisé.

**Calcul :** Nombre de codes / total de congés de patients hospitalisés x 1 000

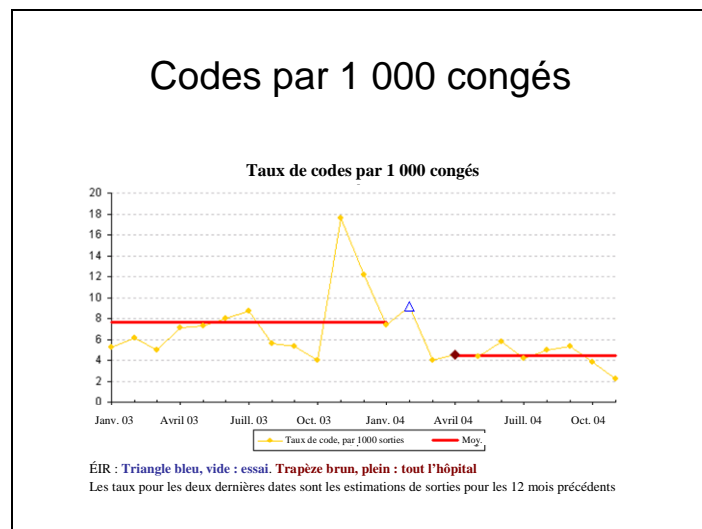
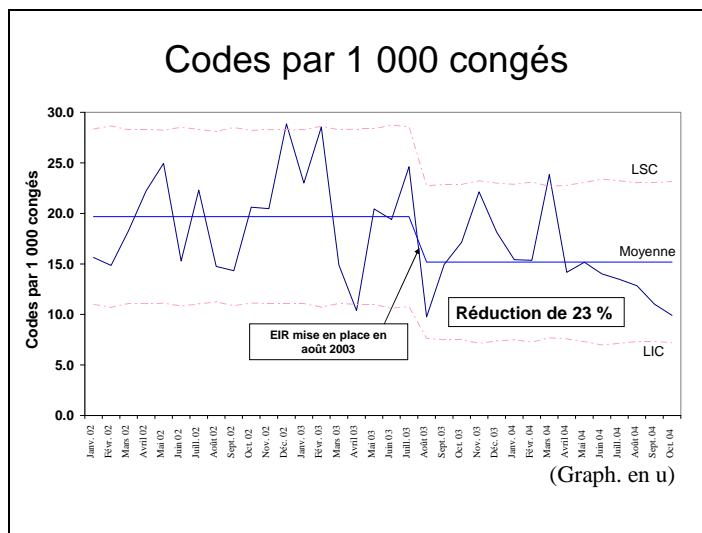
**Commentaires :** Les naissances d'enfants mort-nés et les décès de patients admis à l'urgence seulement ne sont généralement pas considérés dans le cadre du calcul des congés de patients hospitalisés; nous les notons strictement à des fins de clarification.

#### **STRATÉGIE DE COLLECTE**

Il importe d'obtenir le dénominateur des systèmes d'information de l'hôpital ou d'une autre source fiable tous les mois, dès que les données sur les congés et les décès sont disponibles. Obtenir le numérateur de la même façon ou en utilisant le registre ou les dossiers sur les codes, tel que décrit dans « Pourcentage de codes hors de l'USI – Description technique » (page 31).

**Échantillonnage :** Puisque le but est de recueillir mensuellement toutes les données sur les codes, l'échantillonnage ne se prête pas à cette mesure.

**EXEMPLES DE GRAPHIQUES**



## 1.0 Codes par 1 000 congés d'hôpital – Feuille de travail

<b>Équipes d'intervention rapide</b>				
<b>Intervenant :</b> Équipes d'intervention rapide				
<b>Définition :</b> Nombre de codes par 1000 congés de patients hospitalisés				
<b>Objectif :</b> Réduire le taux de codes de 50 % en un an.				
<b>Détails sur la collecte de données</b>				
<b>Nom de l'établissement :</b>		<b>Région sanitaire :</b> <input type="checkbox"/> S.O. ou <i>Préciser la région:</i>		
<b>Rempli par :</b>	<b>Nom :</b>	<b>Courriel :</b>	<b>N° de téléphone :</b> <b>Date de soumission:</b>	
<b>Année :</b>	<i>Indiquer l'année pendant laquelle les données ont été recueillies</i> <input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2005 <input type="checkbox"/> 2006 <input type="checkbox"/> 2007 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<b>Méthode de collecte :</b> <input type="checkbox"/> Simultanée <input type="checkbox"/> Rétrospective	
<b>Mois :</b>	<i>Indiquer le mois pendant lequel les données ont été recueillies</i> <input type="checkbox"/> Jan. <input type="checkbox"/> Fév. <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Avril <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juin <input type="checkbox"/> Juil. <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/> Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Déc.			
<b>Phase de mise en place :</b>	<input type="checkbox"/> Phase préliminaire <i>(Avant l'intervention)</i>	<input type="checkbox"/> Première application <i>(Des membres d'équipe d'unités désignées ont commencé à mettre en place les ÉIR)</i>	<input type="checkbox"/> Application finale <i>(Tous les membres d'équipe des unités mettent uniformément en place les ÉIR)</i>	
<b>Information additionnelle</b>	<i>Décrivez toute autre information pertinente ici, y compris le nombre d'équipes s'il y a plus d'une ÉIR dans votre hôpital.</i>			
	<b>N° d'équipe :</b> <input type="checkbox"/>	<b>S.O.</b>		
<b>Calcul du dénominateur</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>1.1</b>	Quel est le nombre total de congés de <u>patients hospitalisés</u> pour le mois précédent? <i>Exclure les patients admis à l'urgence seulement.</i>			<b>1.1 =</b>
<b>1.2</b>	Quel est le nombre total de naissances d'enfants mort-nés en <b>1.1</b> ? <i>Exclure de la liste des patients pour le calcul du dénominateur de congés de patients hospitalisés admissibles.</i>			<b>1.2 =</b>
<b>1.3</b>	Soustraire la réponse en <b>1.2</b> de la réponse en <b>1.1</b> et inscrire le résultat ici.		<b>(1.1 – 1.2 = )</b>	<b>1.3 =</b>
<b>Calcul du numérateur</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>1.4</b>	Quel est le nombre total de codes déclenchés chez les patients hospitalisés en <b>1.3</b> pour le mois précédent? (Utiliser le registre ou les dossiers de l'hôpital comme source de données.) <i>Exclure les codes pour les patients en salle d'urgence.</i>			<b>1.4 =</b>
<b>Calcul final</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>1.5</b>	Diviser la réponse en <b>1.4</b> par la réponse en <b>1.3</b> . Multiplier par 1 000.		<b><math>(1.4 / 1.3) \times 1\,000</math></b>	<b>1.5 =</b>

## 2. Pourcentage de codes hors de l'USI – Description technique

**Intervenant(s)** : Équipes d'intervention rapide

**Définition** : Le pourcentage du total des codes se produisant hors de l'USI

**Objectif** : Réduire l'incidence globale des codes se produisant hors de l'USI.

### DÉTAILS DU CALCUL

**Définition du numérateur** : Nombre de codes relatifs à des patients hospitalisés se produisant hors de l'USI.

**Exclusions relatives au numérateur** :

- Codes relatifs à des patients de l'urgence (c.-à-d. non admis à l'hôpital) se produisant dans la salle d'urgence.

**Définition du numérateur** : Total de codes relatifs à des patients hospitalisés

**Exclusions relatives au dénominateur** :

- Codes relatifs à des patients de l'urgence (c.-à-d. non admis à l'hôpital) se produisant dans la salle d'urgence

**Durée des périodes de mesure** : Données pour chaque mois

**Définitions de termes** :

- **Code** : Patients nécessitant une réanimation cardio-respiratoire ou une intubation
- **Patient admis à l'urgence seulement** : Patient qui reçoit des soins au service d'urgence et qui n'a pas encore été admis à l'hôpital ou inscrit comme patient hospitalisé.

**Calcul** :  $[\text{Nombre de codes relatifs à des patients hospitalisés se produisant hors de l'USI} / \text{Nombre total de codes relatifs à des patients hospitalisés}] \times 100$  (pour exprimer en pourcentage).

**Commentaires** : Le but de l'ÉIR est d'apporter son appui au personnel hors de l'USI et du service d'urgence. Par conséquent, on peut s'attendre à ce que les interventions précoces de l'ÉIR réduisent le nombre de codes pouvant se produire hors de l'USI et de la salle d'urgence.

Nous ne prenons pas en considération les codes en salle d'urgence parce que l'ÉIR doit généralement apporter son appui et son aide à tous les services de l'hôpital sauf au service d'urgence et à l'USI. Puisque l'ÉIR n'aura pas un effet notable sur le nombre de codes en salle d'urgence, nous ne tenons donc pas compte de ceux-ci.

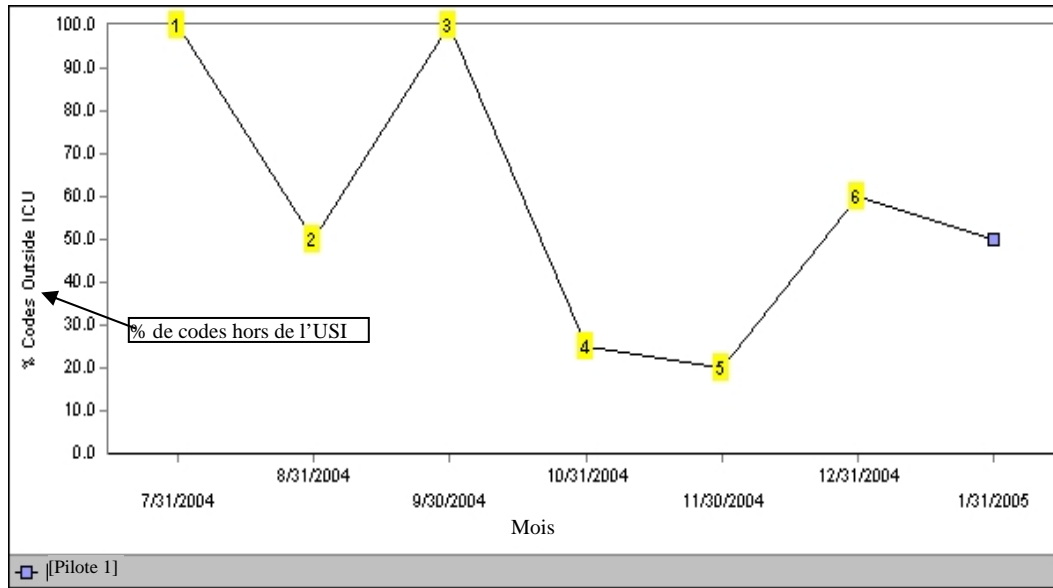
### STRATÉGIE DE COLLECTE

Chaque mois, il importe de déterminer à quel endroit chaque code s'est produit au moyen de registres ou de dossiers de codes. Établir un processus pour repérer les appels à l'ÉIR. Stratégie possible : remplir une feuille ou un dossier pour chaque appel à l'ÉIR. Conserver ces renseignements à un endroit central (registre papier, fichier électronique, etc.) qui servira de source de données.

**Plan d'échantillonnage** : Puisque le but est de recueillir mensuellement toutes les données sur les codes, l'échantillonnage ne s'applique pas à cette mesure.

### EXEMPLE DE GRAPHIQUE

**Pourcentage de codes hors de l'USI**



## 2.0 Pourcentage de codes hors de l'USI – Feuille de travail

<b>Équipes d'intervention rapide</b>				
<b>Intervenant :</b> Équipes d'intervention rapide				
<b>Définition :</b> Pourcentage de tous les codes se produisant hors de l'USI				
<b>Objectif :</b> Réduire l'incidence globale de codes se produisant hors de l'USI				
<b>Détails sur la collecte de données</b>				
<b>Nom de l'établissement :</b>			<b>Région sanitaire :</b> <input type="checkbox"/> S.O. ou <b>Préciser la région :</b>	
<b>Rempli par :</b>	<b>Nom :</b>	<b>Courriel :</b>	<b>N° de téléphone :</b>	<b>Date de soumission :</b>
<b>Année :</b>	Indiquer l'année pendant laquelle les données ont été recueillies <input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2005 <input type="checkbox"/> 2006 <input type="checkbox"/> 2007 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<b>Méthode de collecte :</b>	<input type="checkbox"/> Simultanée <input type="checkbox"/> Rétrospective
<b>Mois :</b>	Indiquer le mois pendant lequel les données ont été recueillies <input type="checkbox"/> Jan. <input type="checkbox"/> Fév. <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Avril <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juin <input type="checkbox"/> Juil. <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/> Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Déc.			
<b>Phase de mise en place :</b>	<input type="checkbox"/> Phase préliminaire (Avant l'intervention)	<input type="checkbox"/> Première application (Des membres d'équipe d'unités désignées ont commencé à mettre en place les ÉIR)	<input type="checkbox"/> Application finale (Tous les membres d'équipe des unités mettent uniformément en place les ÉIR)	
<b>Information additionnelle</b>	Décrivez toute autre information pertinente ici, y compris le nombre d'équipes s'il y a plus d'une ÉIR dans votre hôpital.			
	N° d'équipe : <input type="checkbox"/>	S.O.		
<b>Calcul du dénominateur</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>2.1</b>	Quel est le nombre total de codes déclenchés chez les patients hospitalisés pour le mois précédent? (Utiliser le registre ou les dossiers de l'hôpital comme source de données.) Exclure les codes pour les patients en salle d'urgence.			<b>2.1 =</b>
<b>Calcul du numérateur</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>2.2</b>	Quel est le nombre total de codes pour des patients hospitalisés en <b>2.1</b> qui se sont produits ailleurs qu'à l'USI? Exclure les codes pour les patients en salle d'urgence.			<b>2.2 =</b>
<b>Calcul final</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>2.3</b>	Diviser la réponse en <b>2.2</b> par la réponse en <b>2.1</b> . Multiplier par 100.		$(2.2 / 2.1) \times 100$	<b>2.3 =</b>

### 3. Recours à l'équipe d'intervention rapide – Description technique

**Intervenant(s)** : Équipes d'intervention rapide

**Définition** : Nombre d'appels à l'équipe d'intervention rapide

**Objectif** : Accroître le recours global à l'équipe d'intervention rapide avec le temps. (Cette mesure est établie en fonction de chaque organisation; elle n'est pas suggérée à des fins de comparaison entre organisations, et il n'y a donc pas d'objectif absolu.)

#### DÉTAILS DU CALCUL :

**Définition du numérateur** : Nombre d'appels à l'équipe d'intervention rapide

**Exclusions relatives au numérateur** : Aucune

**Définition du dénominateur** : S.O.

**Exclusions relatives au dénominateur** : S.O.

**Durée de la période de mesure** : En général, cette mesure est réalisée par incréments mensuels, mais les équipes peuvent commencer en recueillant cette information chaque semaine (c.-à-d. période d'une semaine, chaque semaine; nombre d'appels par semaine). Une fois que l'équipe sera bien établie, elle peut passer à une période de mesure mensuelle (c.-à-d. période d'un mois, chaque mois; nombre d'appels par mois). Les données remises à l'équipe de mesure de la campagne SSPSM doivent être regroupées en périodes d'un mois.

#### Définitions de termes :

- **Équipe d'intervention rapide** : Une équipe de cliniciens qui apportent leur savoir-faire en soins critiques au chevet de patients (ou partout où c'est nécessaire).

**Calcul** : Nombre d'appels pour les services de l'ÉIR (numérateur seulement)

**Commentaires** : Le numérateur contient tous les appels à l'équipe d'intervention rapide.

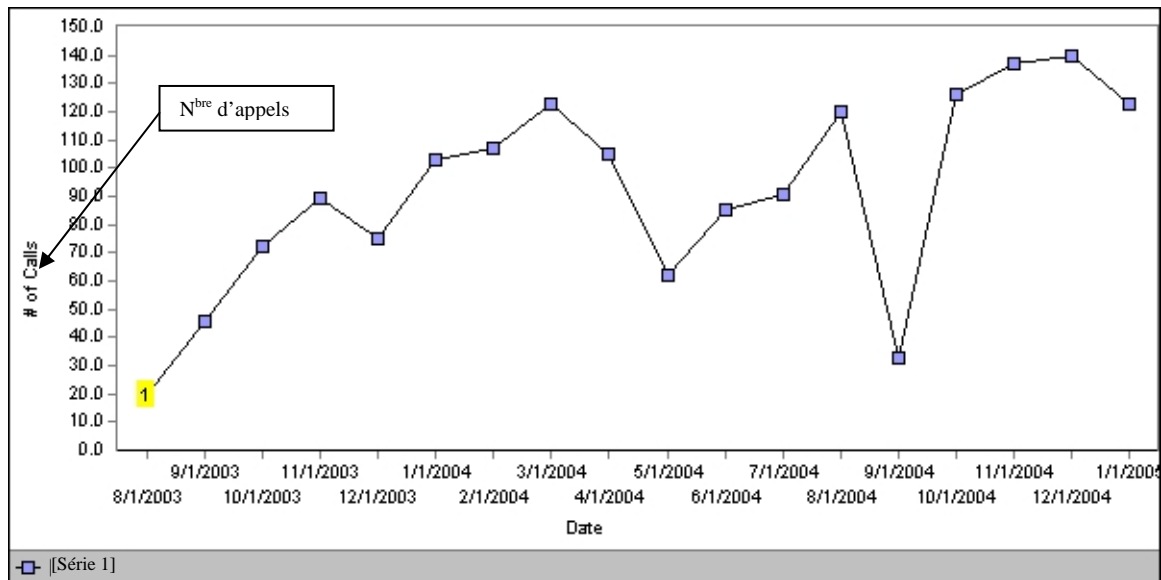
#### STRATÉGIE DE COLLECTE

Établir un processus pour repérer tous les appels à l'ÉIR. Stratégie possible : Remplir une feuille ou un dossier de documentation pour chaque appel à l'ÉIR. Consigner ces renseignements dans un endroit central (registre papier, fichier électronique, etc.) qui servira de source de données.

**Plan d'échantillonnage** : Puisque le but est de recueillir le nombre total d'appels par mois pour les services de l'ÉIR, l'échantillonnage ne s'applique pas à cette mesure.

**EXEMPLE DE GRAPHIQUE**

**Recours à l'équipe d'intervention rapide**



### 3.0 Recours à l'équipe d'intervention rapide – Feuille de travail

<b>Équipes d'intervention rapide</b>				
<b>Intervenant :</b> Équipes d'intervention rapide				
<b>Définition :</b> Nombre d'appels à l'équipe d'intervention rapide				
<b>Objectif :</b> Accroître l'utilisation de l'équipe d'intervention rapide avec le temps				
<b>Détails sur la collecte de données</b>				
<b>Nom de l'établissement :</b>			<b>Région sanitaire :</b> <input type="checkbox"/> S.O. ou <b>Préciser la région :</b>	
<b>Rempli par :</b>	<b>Nom :</b>	<b>Courriel:</b>	<b>N° de téléphone :</b>	<b>Date de soumission :</b>
<b>Année :</b>	Indiquer l'année pendant laquelle les données ont été recueillies <input type="checkbox"/> 2004 <input type="checkbox"/> 2005 <input type="checkbox"/> 2006 <input type="checkbox"/> 2007 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		<b>Méthode de collecte :</b>	<input type="checkbox"/> Simultanée <input type="checkbox"/> Rétrospective
<b>Mois :</b>	Indiquer le mois pendant lequel les données ont été recueillies <input type="checkbox"/> Jan. <input type="checkbox"/> Fév. <input type="checkbox"/> Mars <input type="checkbox"/> Avril <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juin <input type="checkbox"/> Juil. <input type="checkbox"/> Août <input type="checkbox"/> Sept. <input type="checkbox"/> Oct. <input type="checkbox"/> Nov. <input type="checkbox"/> Déc.			
<b>Phase de mise en place :</b>	<input type="checkbox"/> Phase préliminaire (Avant l'intervention)	<input type="checkbox"/> Première application (Des membres d'équipe d'unités désignées ont commencé à mettre en place des ÉIR)	<input type="checkbox"/> Application finale (Tous les membres d'équipe des unités mettent en place uniformément les ÉIR)	
<b>Information additionnelle</b>	Décrivez toute autre information pertinente ici, y compris le nombre d'équipes s'il y a plus d'une ÉIR dans votre hôpital..			
	<b>N° d'équipe :</b>	<input type="checkbox"/>	<b>S.O.</b>	
<b>Calcul du dénominateur</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>3.1</b>	Ne s'applique pas à cette mesure.			
<b>Calcul du numérateur</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>3.2</b>	Quel est le nombre total d'appels pour les services de l'équipe d'intervention rapide pour le mois précédent? (Utiliser le registre ou les dossiers d'appels à l'ÉIR de l'hôpital comme source de données). Exclure les appels du service d'urgence pour les patients admis à l'urgence seulement.  Faire le suivi des résultats avec des graphiques et des feuilles de données Excel pour observer les augmentations dans le temps.			
				<b>3.2 =</b>
<b>Calcul final</b>			<b>Formule</b>	<b>Réponse</b>
<b>3.3</b>	Ne s'applique pas à cette mesure.			