

**Campagne
québécoise**

Ensemble, améliorons la prestation
sécuritaire des soins de santé!

Maintenant!

SSPSM 10 stratégies :

- BCM - Bilan comparatif des médicaments (sons de courte durée)
- BCM - Bilan comparatif des médicaments (sons de longue durée)
- CHUTES - Collectif sur les chutes en milieu de soins de longue durée
- CIC - Prévention des infections reliées aux cathéters intravasculaires centraux
- EIR - Déployer des équipes d'intervention rapide
- IAM - Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde
- ISO - Prévention des infections du site opératoire
- ORA - Organismes résistant aux antibiotiques / staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM)
- PVA - Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée
- TEV - Thromboembolie veineuse

Projets pilotes :

- Prévention des événements iatrogènes médicamenteux par la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments dans les soins à domicile
- Prévention des événements iatrogènes médicamenteux reliés aux médicaments à risque élevé en pédiatrie

But

Prévenir les décès de patients qui subissent un arrêt cardio-respiratoire à l'extérieur de l'unité des soins intensifs en mettant en œuvre une équipe d'intervention rapide (EIR).

Contexte

- L'équipe d'intervention rapide, aussi connue sous le nom d'équipe d'urgence médicale, est une équipe de cliniciens qui apporte leur savoir-faire en soins critiques au chevet des patients (ou partout où c'est nécessaire).
- Chaque jour des gens meurent inutilement dans nos hôpitaux. Le but de l'EIR est d'éteindre «l'étincelle» avant qu'elle ne provoque l'«incendie».
- Il existe trois problèmes systémiques fondamentaux qui contribuent à ce problème et empêchent souvent de sauver le patient :
 - Les défaillances au niveau de la planification (y compris les évaluations, les traitements et les objectifs)
 - Les défaillances de communication (entre le patient et le personnel, au sein du personnel, entre le personnel et les médecins, etc...)
 - L'incapacité de reconnaître la détérioration de l'état de santé d'un patient.
- 70% des patients présentent des signes de détresse respiratoire dans les huit jours précédant un arrêt¹.
- 66% des patients montrent des signes et des symptômes anormaux dans les six heures précédant un arrêt et le médecin est informé dans 25% des cas. Un article a décrit plusieurs signes avant-coureurs qui se manifestent dans les six heures précédant un arrêt :
 - Tension artérielle moyenne <70, >130 mm Hg
 - Fréquence cardiaque <45, >125 contractions par minute
 - Fréquence respiratoire <10, >30 cycles par minute
 - Douleur rétro-sternale
 - Altération de l'état mental²
- L'EIR permet de réduire de 50% les arrêts hors USI³
- L'EIR permet de réduire les transferts post-opératoires de l'urgence à l'USI (58%) et les décès (37%)⁴
- L'EIR permet de réduire les arrêts avant le transfert à l'USI (4% versus 30%)⁵

Voici les composantes clés pour la mise en œuvre de l'équipe d'intervention rapide :

- Établir le rôle de l'EIR
- Considérations à tenir compte pour l'EIR avant la mise en œuvre
- 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'EIR
- Utiliser un outil de documentation structure
- Mettre en place des mécanismes de rétroaction
- Mesurer l'efficacité
- Faire le suivi des mesures dans le temps

1 Schein RM, Hazday N, Pena M, et al. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. Chest. 1990; 98:1388-1392.

2 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):244-247.

3 Buist MD, Moore GE, Bernard SA, Waxman BP, Anderson JN, Nguyen TV. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. BMJ. 2002; 324:387-390.

4 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; 32:916-921.

5 Goldhill DR, Worthington L, Mulcahy A, Tarling M, Sumner A. The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients. Anesthesia. 1999; 54(9):853-860.

Mesures associées à la stratégie

1. Codes pour arrêt cardio-respiratoire par 1000 sorties d'hôpital
Objectif : Réduire le taux de codes de 50% en un an
2. Pourcentage de ces codes hors de l'USI
Objectif : Réduire l'incidence globale de codes se produisant hors de l'USI
3. Nombre de recours à l'équipe d'intervention rapide
Objectif : Accroître le recours global à l'équipe d'intervention rapide avec le temps.

Histoires à succès

- L'hôpital Rockyview General de la Calgary Health Region a mis en œuvre un programme d'EIR dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de six mois. Les résultats démontrent une diminution de 40% du nombre d'appels associés à un code bleu (arrêt cardiaque) sur ce site. Ce projet est présentement mis en œuvre en tant que programme régional.
- L'hôpital général de Dartmouth en Nouvelle-Écosse a commencé la planification d'une équipe d'intervention rapide en septembre 2005. La mise en œuvre de l'essai pilote qui a été faite sur une unité et uniquement lors du quart de jour a été commencé le 28 novembre 2005. En se fiant sur ce qui a déjà été fait par d'autres, l'équipe a développé les rôles, les protocoles, les séances de formation, des outils et un plan de mise en œuvre. En utilisant le modèle d'amélioration, l'équipe pense terminer la mise en œuvre à la fin de janvier 2006.
- La Winnipeg Health Region a mis en œuvre la stratégie de l'EIR en faisant partie de la Collaboration canadienne en soins intensifs. Ceci a résulté en une diminution du nombre d'arrêts cardiaques hors de l'USI de même qu'une augmentation du taux de survie de 62% dans les six premiers mois de 2004 jusqu'à 80% dans les six premiers mois de 2005.
- L'hôpital d'Ottawa a introduit des équipes mobiles (*outreach teams*) sur les sites de l'Hôpital Général et du Civic, avec l'objectif de réduire les arrêts cardiaques non anticipés, réduire les admissions à l'USI, diminuer la durée de séjour à l'USI et améliorer la survie des patients admis à l'USI des unités de soins. Les membres de l'équipe sont composés d'infirmières, d'inhalothérapeutes qui ont reçu une formation en soins intensifs avec le soutien des intensivistes. Ces derniers sont équipés afin de fournir des soins de type USI à des patients partout dans l'hôpital. Les résultats préliminaires indiquent une diminution de 30% d'appels associés à des codes bleu sur les deux sites ainsi qu'une amélioration des résultats de santé des patients admis à l'USI après avoir été réanimés par l'équipe.

www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca / www.chumtl.qc.ca Le site Web contient les Trousses de départ En Avant!, la bibliographie, de même que l'accès à la communauté de pratique pour cette stratégie.

Autres ressources

L'étude MERIT a été publiée dans le journal *The Lancet*. Dans cette étude, les auteurs ont comparé l'efficacité des équipes d'urgence médicale de 23 hôpitaux de l'Australie. Les résultats de cette étude réfutent l'approche préconisée par la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! pour les EIR. Veuillez lire la réponse du *Institute for Healthcare Improvement* par rapport à l'étude MERIT en consultant le lien ci-dessous : <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=2>