

Le chariot d'urgence

R Critère 18.b Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement

E1 | Prévoir

La procédure de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est définie.

Cette procédure est remise et expliquée au patient et/ou à son entourage. **HAD**

E2 | Mettre en œuvre

Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Un matériel d'urgence opérationnel est disponible dans tous les secteurs de l'établissement. **NA HAD**

La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et aux premiers gestes de secours est assurée. **NA HAD**

E3 | Évaluer et améliorer

L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est évaluée à périodicité définie et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.

Certification HAS V2 juin 2004

Référence 33 : La continuité des soins est assurée.

33.c. La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.

Cette prise en charge doit être possible dans n'importe quel secteur d'activité d'un établissement de santé ; une organisation tant en personnel (réfèrent, formation, etc.) qu'en matériel (chariot d'urgence contrôlé à périodicité définie, système d'alerte, etc.) est mise en place et évaluée régulièrement pour juger de son efficacité

- **Personnel formé aux gestes d'urgence.**
- **Système d'alerte connu**
- **Maintenance régulière du matériel d'urgence (sécurisation d'accès au chariot d'urgence).**

Chariot d'urgence

- Afin de faciliter la prise en charge du patient, un chariot contenant le matériel, les médicaments et les fluides nécessaires à la réanimation est disponible dans tous les services ou unités. Son contenu est clairement indiqué.
- Il comporte une **dotation minimale uniforme**, définie en concertation avec le coordonnateur du comité de suivi.
- **Son agencement est identique d'un service à l'autre.** Les chariots sont préférés aux valises.
- **Exclusivement dédiés à la prise en charge des urgences vitales,**
- ils sont **accessibles 24 h/24 h.**
- Leur **localisation est signalisée et connue de tous.** Ils sont robustes, faciles à déplacer et à entretenir.
- Leur **nombre est déterminé par les contraintes de lieux.**

La dotation minimale uniforme comporte :

- le matériel nécessaire à la ventilation,
- la pose d'une voie veineuse et d'une perfusion,
- la protection du personnel et au respect des règles d'hygiène.
- La composition de cette dotation minimale est proposée en annexe (Annexe 1). Elle comporte notamment pour tous les chariots
- les médicaments suivants, agencés dans un contenant identique et facilement identifiable (ordre alphabétique):
- 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).

Conférence d'experts - Sfar - 2004
Chariot d'urgence

- Sont également disponibles :
 - – une bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi ;
 - – un défibrillateur semi-automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel. L'utilisation du DSA par du personnel autorisé (décret n° 98-239 du 27/03/1998 et décret n° 2002-194 du 11/02/2002) et formé (arrêté du 04/02/1999) réduit le délai de délivrance du choc électrique externe.
 - Elle permet de répondre aux objectifs fixés par les recommandations internationales de défibrillation précoce (délai optimal pour le premier choc inférieur à 3 min).
 - Des procédures de maintenance préventive et curative concernant ce matériel, notamment le défibrillateur, sont écrites.
 - Après chaque utilisation, la vérification porte sur la conformité avec la liste de contrôle jointe, attestée par la mise en place d'un scellé autocassable.
 - Une vérification périodique de la péremption des médicaments est réalisée par le personnel infirmier sous la responsabilité du cadre de santé et le cas échéant, du pharmacien.
 - La traçabilité de la maintenance quelle que soit sa nature est consignée dans un registre.

ANNEXE 1

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
Auto remplisseur à valve unidirectionnelle et filtre antibactérien, 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 antiseptique, 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.

Conférence d'experts - Sfar - 2004

le matériel nécessaire à la réalisation d'une RCP médicalisée,

en complément du matériel disponible sur place dans le chariot d'urgence. Le conditionnement le plus adapté sera recherché. Cet équipement comporte notamment (Annexe 2) :

- canules de Guedel ;**
- ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle et masques faciaux ;**
- bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré et tubulures pour l'oxygène ;**
- matériel pour intubation trachéale ;**
- aspirateur de mucosités et sondes d'aspiration trachéale ;**
- équipement pré conditionné pour mise en place de voies veineuses périphériques et centrales ;**
- médicaments injectables : adrénaline, lidocaïne, amiodarone, furosémide, dérivés nitrés, bêta2-adrénergique, benzodiazépine, sulfate de magnésium, étomidate, succinylcholine, atropine, corticoïde injectable, bicarbonate de sodium hypertonique ;**
- solutés de perfusion, notamment sérum salé isotonique et colloïdes de synthèse ;**
- seringues, compresses, gants ;**
- défibrillateur : manuel ou semi-automatique débrayable en mode manuel et si possible entraînement Electro systolique externe ;**
- système permettant le monitoring de l'électrocardiogramme, de la pression artérielle, de la saturation pulsée en oxygène et si possible du CO2 expiré ;**
- respirateur de transport.**

La maintenance du matériel nécessite une vérification régulière et la tenue d'un cahier d'entretien.

Conférence d'experts - Sfar - 2004

ANNEXE 2

MATERIEL D'INTERVENTION DE L'EQUIPE CSH Chaîne de Survie Intra-Hospitalière

- Seringues, compresses, gants ;
- Canules de Guedel ;
- Ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle et masques faciaux ;
- Equipement préconditionné pour mise en place de voies veineuses périphériques et centrales ;
- Médicaments injectables : adrénaline, lidocaïne, amiodarone, furosémide, dérivés nitrés, bêta2- adrénergique, benzodiazépine, sulfate de magnésium, étomidate, succinylcholine, atropine, corticoïde, bicarbonate de sodium hypertonique ;
- Solutés de perfusion, notamment sérum salé isotonique, colloïdes de synthèse ;
- Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré et tubulures pour l'oxygène ;
- Matériel pour intubation trachéale ;
- Aspirateur de mucosités et sondes d'aspiration trachéale ;
- Défibrillateur : manuel ou semi-automatique débrayable en mode manuel et si possible entraînement électro-systolique externe ;
- Système permettant le monitoring de l'électrocardiogramme, de la pression artérielle, de la saturation pulsée en oxygène et si possible du CO2 expiré ;
- Respirateur de transport.

Le chariot d'urgence

Relève de la responsabilité du chef de service et du cadre supérieur de santé lesquels en délèguent le contrôle et la maintenance aux équipes médicales et paramédicales. Ce contrôle doit faire l'objet d'un planning prévisionnel associant l'ensemble des infirmières

- **Le contrôle journalier** (pour les services d'urgence, de réanimation et/ou de soins intensifs) : **laryngo, DAE, scellé**
- **Le contrôle hebdomadaire** (pour les services d'urgence, de réanimation et/ou de soins intensifs) et/ou **bimensuel** (pour les services cliniques sans soins intensifs, le plateau médico-technique, le service de rééducation fonctionnelle et la consultation) : **+ BAVU, O2, aspiration, Vide**
- **Le contrôle mensuel** valable pour toutes les unités porte sur **l'ensemble du chariot** (pérémissions + qualitatif + quantitatif)
- Doivent être notifiés sur le cahier de bord la date de réfection, le numéro de scellé, ainsi que le nom et la signature de la personne ayant procédé à la réfection

Le chariot d'urgence

- Certains médicaments spécifiques aux pathologies d'un service donné peuvent être inclus dans le chariot après concertation entre professionnels.
- **Les médicaments et le matériel le plus souvent préconisés** doivent permettre, en attendant l'arrivée de professionnels spécialisés (SAMU, réanimateurs...), la prise en charge d'au moins cinq types d'urgences vitales :
 - l'œdème aigu du poumon,
 - la crise d'asthme aiguë,
 - le choc anaphylactique,
 - l'hypotension,
 - la crise d'épilepsie et
 - l'arrêt cardiaque.

Exemple chariot d'urgence

CESU NICE version 2

- **T1** : Médicaments de la dotation pour besoins URGENTS
- **T2** : Plateau d'intubation
- **T3** : Voies aériennes
- **T4** : Voies veineuses
- **T5** : Solutés

STC Chir. Tho. PASTEUR

- **T1** : intubation
- **T2** : Médicaments URGENTS
- **T3** : Voies veineuses
- **T4** : Divers
- **T5** : Solutés

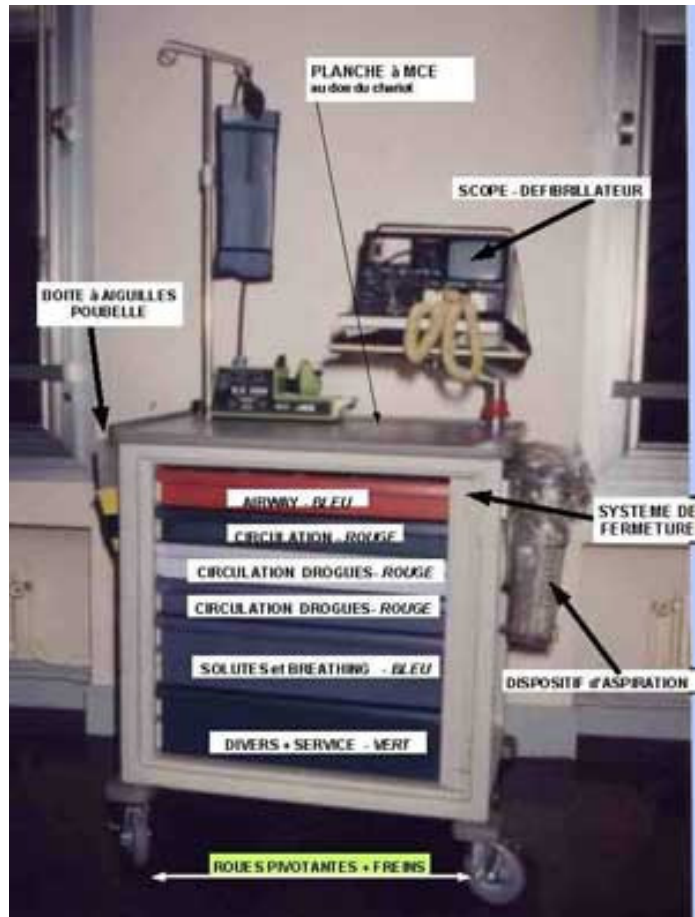
ARS Centre

- **T1** : Médicaments de la dotation pour besoins URGENTS
- **T2** : Voies veineuses
- **T3** : Voies aériennes
- **T4** : Voies veineuses
- **T5** : voie veineuse centrale + divers

Le système ABC américain (Airway, Breathing, Circulation) couramment employé

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| • A Airways | T1 : intubation |
| • B Breathing | T2 : Voies aériennes |
| • C Circulation | T3 : Voies veineuses |
| • D drugs | T4 : Médicaments URGENTS |
| • E Electric | T5 : Divers |

Le chariot d'urgence



- Lieu et contenu doit être connu de tous.
- Son emplacement est invariable (sauf réorganisation de service) et accessible.
- Son contenu n'est pas modifiable à loisir. Il est régulièrement vérifié
- facilement manipulable (roues pivotantes), facile à nettoyer et à désinfecter
- peu d'éléments sur le chariot fixés ++ = plan de travail utilisable
- Ne doit servir qu'à l'Urgence Vitale
- Scellé +++

Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières Conférence d'experts

- **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation** Conférence d'experts **Septembre 2004**

ANNEXE 3

FICHE DE TRACABILITE DE L'ALERTE		
DATE : ____/____/____ HEURE D'APPEL : ____ H ____ N° : ____		
APPELANT : Nom : Qualité : Service :		
MOTIF DE L'APPEL : ☐ Arrêt cardiaque avéré → En avez-vous été témoin ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconscience ☐ Troubles respiratoires ☐ Autre (préciser) :		
ALERTE : N° Appelé :		
Interlocuteur :	Décroché rapide : ☐ Oui ☐ Non Régulation médicale : ☐ Oui ☐ Non Consignes données : ☐ Oui ☐ Non	Matériel d'urgence disponible : Chariot d'urgence : ☐ Oui ☐ Non Défibrillateur : ☐ Oui ☐ Non Oxygène : ☐ Oui ☐ 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 ☐ Oui ☐ Non Ventilation ☐ Oui ☐ Non Défibrillation ☐ Oui ☐ 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 coordinateur du comité de suivi de la CSIH

Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières Conférence d'experts

ANNEXE 4

l'examinaire dans le dossier patient / 1 exemplaire à retourner au coordonnateur du comité de suivi de la CSIH

Question 7

Quels sont les aspects éthiques concernant la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières ?

Une RCP peut permettre à un patient hospitalisé qui présente un AC inopiné de survivre dans de bonnes conditions. A l'inverse, une RCP abusive peut constituer une agression intempestive pour un patient en fin de vie. Une RCP doit être entreprise chez tout patient qui présente un AC inopiné si aucune information n'est disponible immédiatement.

La décision de ne pas réanimer doit avoir été clairement consignée dans le dossier médical et établie en concertation avec le malade, sa famille, la personne de confiance, et le personnel soignant. Cette décision est prise en se fondant sur l'état fonctionnel du patient, la pathologie qu'il présente et ses chances de survie dans des conditions acceptables. Cette décision explicitée dans le dossier médical doit être accessible en permanence et faire l'objet de transmissions paramédicales claires et comprises, rendant ainsi inutile l'appel de l'équipe CSIH.

Le dossier médical comporte tous les éléments pour permettre à l'équipe CSIH de juger de la conduite à tenir : âge, état de dépendance, pathologies aiguës et chroniques, pronostic, désir du patient, de sa famille, de la personne de confiance, et options prises par les médecins responsables concernant l'intensité des soins. Ces éléments interviendront dans la décision de poursuivre ou d'arrêter une RCP.

L'âge n'est pas un facteur important pour le pronostic d'un AC survenu à l'hôpital. Celui-ci dépend surtout de la présence et de la gravité d'une pathologie chronique associée ou d'une perte d'autonomie.

Il convient d'appeler le médecin responsable de l'unité lorsque les éléments notés dans le dossier ne permettent pas de prendre une décision. Le comité institutionnel interdisciplinaire de suivi doit en être ultérieurement informé, afin de discuter d'éventuelles mesures correctives au sein de la structure.