



EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : ARRÊT CARDIAQUE

Vincent Piriou

Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Lyon Sud, 69495
Pierre- Bénite Cedex. E.Mail: vincent.piriou@chu-lyon.fr

L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins est encadrée par la loi sur l'Assurance Maladie de 2004 et a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients.

Il s'agit d'une démarche obligatoire pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice. Les médecins ont le choix de se tourner soit vers leur URML pour les médecins libéraux ou vers leur CME pour les médecins hospitaliers, soit vers un organisme agréé, tel que le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs qui est l'organisme agréé de notre discipline (<http://www.cfar.org>).

La Haute Autorité en Santé (HAS) souhaite développer l'évaluation des pratiques professionnelles à travers différentes méthodes proposées (<http://www.has-santé.fr>).

L'HAS préconise des méthodes intégrées dans l'exercice quotidien des médecins, tels que le suivi d'indicateur, les revues de morbi-mortalité, les registres EPP...

L'EPP peut être définie comme une analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité en Santé incluant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

L'évaluation des pratiques professionnelles est à la frontière de la formation médicale continue, de la V2 de la certification (ou de la future V2010), de l'accréditation des médecins ou des programmes de gestion des risques. Bien que la future loi HPST va modifier les règles actuelles, notamment en ce qui concerne la formation continue, l'évaluation des pratiques professionnelles telle que nous la conduisons actuellement va probablement perdurer.

En ce qui concerne la prise en charge des arrêts cardiaques, la SFAR, en collaboration avec d'autres Sociétés (SAMU de France, Société Française de Cardiologie, Société Francophone de Médecine d'Urgence, Société de Réanimation de Langue Française, Conseil Français de la Réanimation Cardio-Pulmonaire), a validé deux textes de recommandations consacrés à cette thématique.

Le 1^{er} texte intitulé « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières » (<http://www.sfar.org>) a été validé en 2004. Il s'agit d'un texte qui comporte toutes les recommandations visant à la mise en place de la chaîne de survie intra-hospitalière. Le 2^{ème} texte intitulé « Prise en charge de l'arrêt cardiaque » a été validé en 2006. Il s'agit d'un texte plus médical donnant des recommandations sur la réanimation cardio-pulmonaire.

Il est bien évident que la mise en place d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles sur la thématique de la prise en charge de l'arrêt cardiaque dans les établissements de santé va avoir une forte composante organisationnelle, et que ce programme d'évaluation des pratiques professionnelles va probablement intéresser les anesthésistes-réanimateurs, mais aussi tous les acteurs de la chaîne de survie intra-hospitalière, c'est-à-dire les urgentistes et probablement aussi les responsables administratifs de l'établissement de soins. Le choix de cette thématique d'évaluation des pratiques professionnelles va donc probablement permettre de réaliser un programme d'évaluation des pratiques professionnelles impliquant plusieurs corps de métiers, mais aussi plusieurs personnes de disciplines différentes.

Plusieurs méthodes sont possibles pour mettre en place un programme d'EPP sur cette thématique : la méthode d'audit, le suivi d'indicateur ou le chemin clinique. Dans un premier temps, la méthode la plus simple est probablement une méthode d'audit qui permet de comparer ses pratiques et son organisation par rapport aux recommandations formulées dans les textes ci-dessus. Une fois le 1^{er} tour d'audit réalisé (on réalisera en ce cas un audit portant sur les critères organisationnels, puis une autre partie de l'audit portant sur des critères retrouvés dans les dossiers des patients), les différentes équipes devront faire une synthèse des résultats de cet audit, et proposer des mesures d'amélioration qui seront réévaluées dans un second temps par un 2^{ème} tour d'audit. Il sera alors possible de suivre un certain nombre d'indicateurs qui permettront d'évaluer en continu l'organisation et l'efficacité de la chaîne de survie intra-hospitalière.

Les objectifs de qualité que l'on souhaite évaluer à travers des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques sont les suivants :

- Organiser la prise en charge des arrêts cardiaques (AC) au sein de tout ou partie (service, pôle, unité fonctionnelle...) de l'établissement avec les moyens humains et matériels (chariots d'urgence, défibrillateurs semi-automatiques...) nécessaires selon les recommandations sur l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières de 2004 (critères 1, 2, 3, 4, 5, 6)
- Former le personnel médical et paramédical à la prise en charge des AC au sein de l'établissement (critère 7)
- Assurer une traçabilité de la prise en charge des patients en AC (critères 8, 9, 10)
- Optimiser la prise en charge de la RCP conformément aux dernières recommandations validées de septembre 2006 sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque (critère 11)

Ces objectifs de qualité seront évalués à travers les critères d'évaluation et d'amélioration suivants :

1. CRITÈRES PORTANT SUR LA STRUCTURE

- Critère 1 : Un comité de suivi de la « Chaîne de Survie Intra-Hospitalière » (CSIH)
 - a. Est constitué au sein de l'établissement
 - b. Se réunit au moins une fois par an pour analyser les prises en charge et proposer des mesures correctrices
 - c. Analyse la prise en charge et les résultats à court et long terme
- Critère 2 : Une procédure dite de CSIH au sein de l'établissement :
 - a. Est élaborée par un comité de suivi de la CSIH
 - b. Est validée par les instances de l'établissement
 - c. Est actualisée selon les recommandations les plus récentes (Conférence d'expert sur les recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières de 2004)
 - d. Est affichée dans tous les services de l'établissement
 - e. Est connue des différents types de personnels de l'établissement ou de la structure
 - f. Prévoit une procédure dégradée si l'équipe du CSIH est dans l'impossibilité d'intervenir
- Critère 3 : Le numéro de téléphone permettant d'alerter la CSIH est :
 - a. Unique pour tout l'établissement ou par secteur
 - b. Disponible 24 h/24 pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières.
- Critère 4 : L'équipe médicalisée de la CSIH est identifiée
 - a. Elle assure la prise en charge des AC de l'établissement ou du secteur de soin considéré
 - b. Elle est composée au moins d'un médecin senior et d'une infirmière
 - c. Est connue de tous les agents
- Critère 5: Des défibrillateurs
 - a. Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients
 - b. Sont préférentiellement des défibrillateurs automatisés externes (DAE) à ondes biphasiques (*critère souhaité, non obligatoire*)
 - c. Bénéficient d'une procédure de maintenance et de traçabilité
- Critère 6 : Les chariots d'urgence :
 - a. Sont disponibles dans chaque secteur accueillant des patients
 - b. Sont régulièrement vérifiés dans le cadre d'une procédure assurant la maintenance et la traçabilité
 - c. Sur chaque chariot, une fiche de traçabilité de l'alerte est disponible
 - d. Contiennent au minimum du matériel pour ventiler, perfuser et, au minimum de l'adrénaline et de l'amiodarone
 - e. Une bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi est disponible à leur proximité (*critère souhaité, non obligatoire*)
- Critère 7 : Des formations aux urgences vitales sont mises en place dans l'établissement :
 - a. Les équipes médicales et paramédicales des différents services de l'établissement sont formées (formation théorique et pratique) à la RCP de base et à l'utilisation des défibrillateurs, notamment des DAE.

b. L'équipe de la CSIH est formée et entraînée à la prise en charge des AC selon les dernières Recommandations Formalisées d'Experts sur la Prise en charge de l'arrêt cardiaque de 2006.

2. CRITÈRES À RECHERCHER DANS LES DOSSIERS DES PATIENTS, OU SUR LA FICHE DE TRAÇABILITÉ DE L'ALERTE (CELLE-CI ÉTANT ARCHIVÉE):

- Critère 8 : Il existe une traçabilité de l'alerte :
 - a. Une trace écrite de l'appel est retrouvée sur un document : dossier du patient ou fiche de traçabilité spécifique archivée
 - b. Le premier témoin donnant l'alerte est identifié
 - c. L'heure de l'alerte est précisée
 - d. L'heure d'arrivée de l'équipe de la CSIH est notée
- Critère 9 : Les noms et la qualité des intervenants prenant en charge l'AC sont précisés
- Critère 10 : Il existe une traçabilité de la Réanimation Cardio-pulmonaire (RCP) :
 - a. L'heure de début de la RCP est notée
 - b. L'heure du premier choc est notée
 - c. Le nombre de chocs est précisé
 - d. La durée de la RCP est notée
 - e. Le service où le patient est muté est relevé
 - f. Il existe une traçabilité de l'information donnée à la famille
- Critère 11 : La prise en charge de l'AC est conforme aux recommandations :
 - a. L'indication de choc(s) est précisée
 - b. Le premier agent médicamenteux injecté est l'adrénaline
 - c. L'antiarythmique de première intention utilisé est l'amiodarone (sauf exception justifiée dans le dossier)
 - d. Le mode de prise en charge des voies aériennes est noté

Une fois les différents tours d'audit réalisés, il sera possible de suivre sur le long terme un certain nombre d'indicateurs. On peut proposer les indicateurs ci-dessous :

- Le délai (min) entre la découverte de l'AC et la mise en place des électrodes du défibrillateur ou le début de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP).
- Le délai (min) entre l'heure d'appel de la CSIH et l'arrivée de la CSIH sur place
- Le pourcentage de RCP réalisée / nombre total d'appels de la CSIH / an (pertinence des appels)
- Le devenir des patients à la sortie de réanimation (ou J28): taux de réveil complet, de coma chronique, de réveil avec séquelle ou de patients décédés parmi les patients pris en charge par RCP pour AC (classification « CPC »).
 - 1 – Conscient sans déficit neurologique ou déficit mineur
 - 2 – Conscient avec déficit modéré
 - 3 – Conscient avec déficit sévère
 - 4 – Coma profond ou état végétatif
 - 5 – Décédé ou mort encéphalique

Cependant, d'autres indicateurs pourront être déterminés par l'équipe, et un ou plusieurs de ces indicateurs pourra être suivi par l'équipe.

Le suivi de ces indicateurs se fera selon la méthode décrite par la HAS (<http://www.has-sante.fr>).

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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