

## PROCÉDURE D'ACTIVATION – ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (EIR) À L'HÔPITAL FLEURIMONT DU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

**Émetteur** DIRECTION DE LA FLUIDITÉ ET DES UNITÉS HOSPITALIÈRES

**Direction responsable** Direction de la fluidité et des unités hospitalières

**Destinataires** Communauté de l'Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

**Entrée en vigueur** 2024-02-01

**Adopté par** Direction des soins infirmiers  
Direction des services multidisciplinaires  
Direction des services professionnels  
Direction de la fluidité et des unités hospitalières

**Date** 2024-01-31

### Table des matières

1. Mise en contexte .....	1
2. Objectifs .....	2
3. Définition des termes.....	2
4. Champs d'application .....	2
5. Cadre de référence .....	3
6. Procédure .....	3
7. Rôles et responsabilités.....	4
8. Ouvrages consultés.....	7
9. Processus d'élaboration .....	10
10. Processus d'adoption .....	11
11. Dispositions finales.....	11
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS .....	12
ANNEXE B - ALGORITHME ACTIVATION DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (ÉIR HF) UNITÉ DE SOINS – HÔPITAL FLEURIMONT .....	13
ANNEXE C - ALGORITHME ACTIVATION DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (ÉIR HF) SECTEURS AUTRES QUE UNITÉ DE SOINS – HÔPITAL FLEURIMONT.....	15
ANNEXE D - SBAR .....	16

### 1. Mise en contexte

Le déploiement d'une équipe d'intervention rapide (ÉIR) à l'Hôpital Fleurimont représente un changement de culture dirigé vers l'amélioration des soins et de la sécurité des personnes (usagers, membre de la famille, visiteur, personnel) en intervenant le plus rapidement possible, et ce, dès la détection d'une instabilité ou d'un changement de l'état de santé qui requiert une évaluation et des interventions immédiates afin d'éviter qu'il y ait détérioration progressive et irréversibilité. Notons qu'une proportion substantielle d'arrêts cardiorespiratoires (ACR) est potentiellement évitable, puisqu'une majorité de patients ont manifesté une plainte nouvelle ou un changement significatif de leurs signes vitaux dans les heures précédant l'ACR. Il est reconnu dans la littérature et appuyé par l'INESSS (2018) qu'une telle stratégie de prise en charge précoce soit potentiellement associée à une diminution de la mortalité, d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) et du nombre

des réadmissions à l'unité de soins intensifs. Cette procédure servira à préciser les critères d'activation, les rôles et responsabilités de chacun des intervenants afin d'assurer un déroulement efficace lors du processus d'appel, et ce, jusqu'à la fin de l'intervention.

## 2. Objectifs

Les objectifs de la présente procédure sont de :

- Préciser les modalités d'interventions relatives à l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) à l'Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.
- Préciser les rôles et responsabilités des intervenants lors de l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR).
- Assurer de façon optimale la prise en charge de l'utilisateur qui répond à l'un des critères d'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR).
- Assurer un déroulement efficace du processus d'appel jusqu'à la fin de l'intervention de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR).

## 3. Définition des termes

ASI : Assistant du supérieur immédiat.

DCI ARIANE : Dossier clinique informatisé Ariane.

Équipe d'intervention rapide (ÉIR) : L'équipe d'intervention rapide (ÉIR), également appelée équipe d'urgence médicale est une équipe de professionnels de la santé mobile dédiée. Composées de professionnels de la santé (infirmière, inhalothérapeute, résident sénior) ayant reçu une formation spécifique, les équipes d'intervention travaillent de concert avec le personnel des services hospitaliers à définir et évaluer les besoins des personnes gravement malades et y répondre avant qu'il y ait détérioration progressive et irréversibilité. Ces équipes appliquent les principes de soins intensifs et de réanimation en milieu hospitalier et apportent les connaissances et les compétences des spécialistes directement au chevet des usagers 24 heures sur 24, sept jours par semaine.

Glasgow coma scale (GCS) : L'échelle de Glasgow est une échelle reconnue qui permet d'évaluer le niveau de conscience d'un usager.

Hamilton Early Warning Score (HEWS) : Score de détection précoce reposant sur les signes vitaux pour le repérage des patients susceptibles de souffrir d'une détérioration de l'état de santé grave.

## 4. Champs d'application

- La présente procédure s'adresse à tous les professionnels de la santé qui interviennent dans le processus de soins et services auprès de la clientèle, mais également pour un membre de la famille ou un visiteur ADULTE et ce, dans tous les secteurs incluant celui de la pédiatrie à l'Hôpital Fleurimont.

Groupe de clientèle visée :

- L'ensemble des usagers d'âge adulte (18 ans et plus) inscrit ou admis dans les secteurs d'activités visés du CIUSSS de l'Estrie - CHUS de l'Hôpital Fleurimont à l'exception des secteurs suivants : urgences, soins intensifs adulte et pédiatrique, hémodynamie, électrophysiologie, pédiatrie, bloc opératoire, salle de réveil et néonatalogie et qui répondent à des critères d'activation précis.

## 5. Cadre de référence

Aucun cadre de référence, ni juridique, ni normatif, ni théorique. Veuillez-vous référer aux ouvrages consultés pour les références spécifiques et guides de pratique.

## 6. Procédure

L'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) peut être effectuée par des professionnels de la santé à savoir : infirmière, infirmière auxiliaire, physiothérapeute, médecin, résident ou inhalothérapeute lors de l'évaluation d'une personne (usager, membre de la famille, visiteur, personnel).

### RAPPEL

- Usager inconscient ou en arrêt cardiorespiratoire ➡ **SIGNALER un CODE BLEU ADULTE**
  - Usager avec altération de l'état de conscience
    - OU
    - Inquiétude majeure selon le jugement clinique de l'intervenant
    - OU
    - Critères d'instabilité selon le score HEWS au DCI ARIANE
- ACTIVATION de l'ÉIR**

L'intervenant effectue donc l'activation de l'ÉIR selon son jugement clinique ou selon le score HEWS si disponible au dossier de l'usager dans le DCI ARIANE.

### Unité de soins (annexe B)

Selon jugement clinique ou si score HEWS disponible  $\geq 3$  :

- Aviser l'ASI/responsable du secteur ;
- Augmenter la fréquence des signes vitaux ;
- Effectuer l'évaluation de l'état de conscience selon l'échelle Glasgow ;
- Si détérioration de l'état clinique de l'usager : Activation de l'ÉIR. La communication téléphonique est effectuée en signalant le 511 et en mentionnant « ÉIR code (7777) ainsi que le numéro de la chambre ou secteur à la téléphoniste ;
- ✚ Le délai d'attente pour une réponse de l'équipe d'intervention rapide (EIR) est d'une durée maximale de 15 minutes.
- Aviser l'équipe médicale traitante de la condition clinique de l'usager.

Selon jugement clinique ou si score HEWS disponible  $\geq 4$  :

- Aviser l'ASI/responsable du secteur ;
- Augmenter la fréquence des signes vitaux ;
- Aviser l'équipe médicale traitante de la condition clinique de l'usager ;
- Effectuer l'évaluation de l'état de conscience selon l'échelle Glasgow ;
- Si détérioration de l'état clinique de l'usager : Activation de l'ÉIR. La communication téléphonique est effectuée en signalant le 511 et en mentionnant « ÉIR code (7777) ainsi que le numéro de la chambre ou secteur à la téléphoniste.
- ✚ Le délai d'attente pour une réponse de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) est d'une durée maximale de 15 minutes.

Selon jugement clinique ou si score HEWS disponible  $\geq 5$  :

- Aviser l'ASI/responsable du secteur ;
- Activation de l'ÉIR STAT. La communication téléphonique est effectuée en signalant le 511 et en mentionnant « ÉIR code (7777) ainsi que le numéro de la chambre ou secteur à la téléphoniste OU

signaler le CODE BLEU ADULTE si usager nouvellement inconscient ou en arrêt cardiorespiratoire (ACR) ;

- Le délai d'attente pour une réponse de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) est d'une durée maximale de 15 minutes.
- Augmenter la fréquence des signes vitaux ;
- Effectuer l'évaluation de l'état de conscience selon l'échelle Glasgow ;
- Aviser l'équipe médicale traitante de la condition clinique de l'usager.

Tous les autres secteurs hors d'une unité de soins (Annexe C)

Selon jugement clinique ou si score HEWS disponible :

- Usager avec altération de l'état de conscience  
OU

Inquiétude majeure selon le jugement clinique de l'intervenant  
OU

Critères d'instabilité selon le score HEWS au DCI ARIANE



**ACTIVATION de l'ÉIR**

- La communication téléphonique est effectuée en signalant le 511 et en mentionnant « ÉIR code (7777) ainsi que le numéro de la chambre ou secteur à la téléphoniste OU signaler le code BLEU ADULTE si usager nouvellement inconscient ou en arrêt cardiorespiratoire (ACR).

- ✚ Le délai d'attente pour une réponse de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) est d'une durée maximale de 15 minutes.

## 7. Rôles et responsabilités

### 7.1 Comité de direction

- Approuve cette présente procédure et ses mises à jour subséquentes.

### 7.2 Direction adjointe DSI, DSP et DSM du volet qualité et évolution de la pratique

- Exercent un leadership afin d'assurer l'encadrement de la pratique, la coordination et le contrôle de la qualité de la pratique de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) à l'Hôpital Fleurimont du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

### 7.3 Conseillers-cadres cliniciens du volet qualité et évolution de la pratique, DSI et DSM

- Assurent une vigie des meilleures pratiques.
- Identifient les outils d'encadrement cliniques pour soutenir la qualité de la pratique de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) et en soutiennent le développement.
- Soutiennent les directions concernant la mise en place de la procédure d'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) dans leur secteur.

### 7.4 Directions

- Assurent l'appropriation et la mise en application de cette procédure dans leur direction.
- Identifient les personnes de leur direction qui auront pour fonction de soutenir la mise en place de cette présente procédure sur l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR).
- S'assurent que l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) par le personnel soignant soit conforme à la présente procédure approuvée par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

## 7.5 Chefs de soins et services ou chef de service

- Mettent en œuvre la procédure approuvée lorsqu'elle s'applique dans leur secteur.
- Implémentent la procédure lorsqu'elle s'applique dans leur secteur et s'assurent que l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) est conforme à la présente procédure.
- S'assurent que les membres du personnel connaissent et comprennent la présente procédure sur l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR).
- S'assurent que les membres du personnel connaissent leurs rôles et responsabilités.
- Vérifient que l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) par les membres du personnel respecte les principes de cette présente procédure.

## 7.6 Médecins traitants

- Connaissent et comprennent la présente procédure approuvée par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS sur l'activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR) à l'Hôpital Fleurimont.
- Demeure responsable de l'utilisateur jusqu'à l'admission de ce dernier aux soins intensifs, s'il y a lieu ;
- S'assure qu'un niveau de soins et un statut de réanimation cardiorespiratoire soient établis, si cela n'est pas déjà documenté au dossier.
- S'assure d'avoir une communication directe avec le résident sénior de garde aux soins intensifs ou l'intensiviste.
- Avise la famille de la condition clinique de l'utilisateur, au besoin.

## 7.7 Professionnels de la santé

### 7.7.1 Infirmière responsable de l'utilisateur :

- Avise l'assistante au supérieur immédiat (ASI) ou le responsable du secteur selon jugement clinique/critères d'instabilité selon le score HEWS si disponible au dossier de l'utilisateur dans le DCI ARIANE ;
- S'assure que l'équipe médicale traitante a été avisée de la condition clinique de l'utilisateur ;
- Demeure au chevet de l'utilisateur ;
- S'assure que :
  - Un accès veineux soit en place et fonctionnel ;
  - Le dossier incluant le profil pharmacologique soit à jour et disponible au chevet de l'utilisateur ;
  - Les allergies de l'utilisateur connues et disponibles au chevet ;
  - Le niveau de soins et le statut de réanimation cardiorespiratoire disponible au chevet de l'utilisateur.
- Transmet le rapport verbal à l'ÉIR ;
- Demeure responsable de l'utilisateur jusqu'à son transfert aux soins intensifs ou à l'urgence s'il y a lieu, et ce, même en présence de l'ÉIR ;
- Documente la note d'évolution au dossier de l'utilisateur.

### 7.7.2 Préposé aux bénéficiaires de l'unité de soins/secteur

- Participe à l'installation et la mobilisation de la personne ;
- Participe ou effectue le transport de l'utilisateur vers les soins intensifs ou l'urgence s'il y a lieu.

### 7.7.3 Assistant au supérieur immédiat (ASI) ou le responsable du secteur

- Est avisé de l'état de l'utilisateur par l'infirmière responsable ;
- Selon la situation (jugement clinique ou score HEWS), signale le code « 511 et mentionne à la téléphoniste « ÉIR CODE (7777) » + numéro de chambre/secteur » ;
- Soutient l'infirmière ou le professionnel responsable de l'utilisateur ;
- Avise l'équipe traitante ;
- Communique avec la famille si besoin ;
- Soutient et accompagne la famille lorsque celle-ci est présente.

### 7.7.4 Téléphoniste

- Reçoit l'appel de l'ASI ou le responsable du secteur sur la ligne d'urgence « 511 » ;
- Signale le groupe de téléavertisseurs :
  - Si l'appel provient de l'Hôpital Fleurimont :
    - Sélectionne le message : « ÉIR CODE (7777) » Hôpital HF + le numéro de la chambre ou du secteur » et inscrit manuellement le numéro de la chambre où se situe la personne.
- Advenant une panne totale du système de téléavertisseurs :
  - La téléphoniste avisera l'ASI de l'unité du 9e soins intensifs au poste 14664 et l'ASI de l'unité des soins intensifs chirurgicaux au 14408 pour l'ÉIR de l'Hôpital Fleurimont et mentionne les messages ci-haut.

## 7.8 Membres de l'équipe d'intervention rapide (EIR)

### 7.8.1 Assistant au supérieur immédiat (ASI)

- Désigne une infirmière, à chaque quart de travail, qui fera partie de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR)

### 7.8.2 Les infirmières et l'inhalothérapeute désignées à l'équipe d'intervention rapide (ÉIR)

- ✚ L'infirmière de l'unité du 9e soins intensifs (USIM) apporte le chariot mobile de l'ÉIR.
- S'assure que le téléavertisseur est en fonction, et ce, dès le début de son quart de travail ;
- Doit avoir le téléavertisseur en sa possession en tout temps ;
- Remet le téléavertisseur en main propre à l'infirmière/inhalothérapeute de l'ÉIR du quart de travail suivant ;
- Se présente au chevet de l'utilisateur suite à l'activation de l'ÉIR dans un délai de moins de 15 minutes ;
- Prend le rapport verbal de l'infirmière/professionnel responsable de l'utilisateur ;
- Effectue l'évaluation primaire selon L'ABCDE et l'évaluation secondaire selon SAMPLE ;

- Lance un code BLEU ADULTE si le degré d'urgence constaté le justifie ;
  - Utilise les ordonnances collectives selon l'état de l'utilisateur en collaboration avec l'inhalothérapeute ;
  - Complète la note d'évaluation et la note d'évolution au dossier de l'utilisateur à l'aide des formulaires spécifiques à l'ÉIR ;
  - Assiste les équipes des unités de soins lorsque la situation nécessite une réévaluation de l'utilisateur ou des signes vitaux ou des laboratoires plus rapprochés avant une prise de décision sur l'orientation de l'utilisateur ;
  - Effectue le transfert d'information au point de transition inter quarts avec l'infirmière/inhalothérapeute dédiées à l'ÉIR selon besoin ;
  - Vérifie le chariot de l'ÉIR selon la procédure de vérification en vigueur et remplace les fournitures manquantes minimalement 1 fois par semaine ou après l'activation de l'ÉIR au besoin.
- ✚ Exceptionnellement, si le résident sénior de garde aux soins intensifs est absent au chevet ou dans le secteur, contacte celui-ci dans un délai de 15 minutes suivant son arrivée pour décrire l'état de la situation ainsi que son évaluation, et ce, à l'aide de l'outil de communication SBAR (annexe D).

### 7.8.3 Le résident sénior de garde aux soins intensifs

- Se présente au chevet de l'utilisateur suite à l'activation de l'ÉIR dans un délai de moins de 15 minutes ;
  - Si impossibilité d'être présent, s'assure d'obtenir les résultats de l'évaluation de l'ÉIR dans les 15 minutes.
- Lance un code BLEU ADULTE si le degré d'urgence constaté le justifie ;
- Décide de la fin/annulation de l'activation de l'ÉIR ;
- Élabore un plan de suivi à la fin de l'intervention (suivi avec l'équipe médicale traitante ou transfert aux soins intensifs ou transfert à l'urgence) ;
- Complète une note d'évolution au dossier de l'utilisateur ;
- Effectue un débriefing post intervention avec l'équipe en place ;
- Communique avec l'équipe médicale traitante dans les 30 minutes suivant son arrivée au chevet de l'utilisateur ;
- Communique avec l'intensiviste si besoin de transfert aux soins intensifs.

## 8. Ouvrages consultés

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Rapid Response Systems. (Accessed May 12, 2017, at <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/4.>).

Bagshaw SM, Mondor EE, Scouten C, et al. A survey of nurses' beliefs about the medical emergency team system in a Canadian tertiary hospital. *American Journal of Critical Care* 2010; 19:74-83.

Baxter AD, Cardinal P, Hooper J, Patel R. Medical emergency teams at The Ottawa Hospital: the first two years. *Canadian Journal of Anesthesia* 2008; 55: 223.

Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, et al. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Medical Journal of Australia* 2003; 179: 283-8.

Benin AL, Borgstrom CP, Jenq GY, Roumanis SA, Horwitz LI. Defining impact of a rapid response team: qualitative study with nurses, physicians and hospital administrators. *BMJ quality & safety* 2012: bmjqs-2011-000390.

Berlot G, Pangher A, Petrucci L, Bussani R, Lucangelo U. Anticipating events of in-hospital cardiac arrest. *European Journal of Emergency Medicine* 2004; 11: 24-8.

Bristow PJ, Hillman KM, Chey T, et al. Rates of in-hospital arrests, deaths and intensive care admissions: the effect of a medical emergency team. *Medical Journal of Australia* 2000; 173: 236-40.

Brunsveld-Reinders AH, Arbous MS, Kuiper SG, de Jonge E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*. 2015 Dec; 19(1): 214.

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 : 387-90.

Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine* 2010; 170: 18-26.

Chan PS, Khalid A, Longmore LS, Berg RA, Kosiborod M, Spertus JA. Hospital-wide code rates and mortality before and after implementation of a rapid response team. *Jama* 2008; 300: 2506-13.

Chen J, Bellomo R, Hillman K, et al. Triggers for emergency team activation: a multicenter assessment. *Journal of critical care* 2010; 25: 359. e1-. e7.

Chen J, Bellomo R, Flabouris A, Hillman K, Assareh H, Ou L. Delayed emergency team calls and associated hospital mortality: a multicenter study. *Critical care medicine* 2015; 43: 2059-65.

Chen J, Ou L, Hillman KM, et al. Cardiopulmonary arrest and mortality trends, and their association with rapid response system expansion. *Med J Aust* 2014; 201: 167-70.

Cretikos M, Chen J, Hillman K, et al. The objective medical emergency team activation criteria: a case-control study. *Resuscitation* 2007 ; 73 : 62-72.

CHUM (2019). Présentation RISIIQ. L'équipe d'intervention rapide : au-delà d'une offre de service.

Dacey MJ, Mirza ER, Wilcox V, et al. The effect of a rapid response team on major clinical outcome measures in a community hospital. *Critical care medicine* 2007; 35: 2076-82.

DeVita MA, Bellomo R, Hillman K, et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. *Critical care medicine* 2006; 34: 2463-78.

DeVita M, Braithwaite R, Mahidhara R, Stuart S, Foraida M, Simmons R. Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrests. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 251-4.

Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT. *To err is human: building a safer health system*: National Academies Press; 2000.

Douw G, van Zanten AR, van der Hoeven JG, Schoonhoven L. Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-NurseWorry-Indicator-Score. *International journal of nursing studies* 2016; 59: 134-40.

Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G. Recommendations for the intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care*. 2010 Jun; 14(3): R87

Foraida MI, DeVita MA, Braithwaite RS, Stuart SA, Brooks MM, Simmons RL. Improving the utilization of medical crisis teams (Condition C) at an urban tertiary care hospital. *Journal of critical care* 2003; 18: 87-94.

Hillman K, Chen J, Cretikos M, et al. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005 ; 365 : 2091-7.

Hodgetts TJ, Kenward G, Vlackonikolis I, et al. Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. *Resuscitation* 2002; 54: 115-23.

Jones D, Bellomo R, DeVita MA. Effectiveness of the Medical Emergency Team: the importance of dose. *Critical Care* 2009; 13: 313.

Lee A, Bishop G, Hillman K, Daffurn K. The medical emergency team. *Anaesthesia and intensive care* 1995; 23: 183-6.

McNeill G, Bryden D. Do either early warning systems or emergency response teams improve hospital patient survival ? A systematic review. *Resuscitation* 2013; 84: 1652-67.

- Measures: Rapid Response Teams (RRT). CPSI-ICSP. (En ligne le 6 octobre 2017 à: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/psm/Pages/RRTmeasurement.aspx>.)
- Merchant RM, Yang L, Becker LB, et al. Incidence of treated cardiac arrest in hospitalized patients in the United States. *Critical care medicine* 2011 ; 39 : 2401.
- MERIT Study Investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2005 ; 365 : 2091-2097.
- Morgan R, Williams F, Wright M. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. *Clin Intensive Care* 1997; 8: 100.
- Nurmi J, Harjola V-P, Nolan J, Castren M. Observations and warning signs prior to cardiac arrest. Should a medical emergency team intervene earlier? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 702-6.
- Priestley G, Watson W, Rashidian A, et al. Introducing Critical Care Outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive care medicine* 2004 ; 30 : 1398-404.
- Quenot JP, Milési C, Cravoisy A, et al. Intrahospital transport of critically ill patients (excluding newborns) recommendations of the Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), the Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), and the Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). *Ann Intensive Care*. 2012 ; 2: 1.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2011 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2011 ; 123: e18-e209.
- Schein RM, Hazday N, Pena M, Ruben BH, Sprung CL. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. *Chest* 1990; 98: 1388-92.
- Salvatierra G, Bindler RC, Corbett C, Roll J, Daratha KB. Rapid response team implementation and in-hospital mortality. *Critical care medicine* 2014; 42: 2001-6.
- Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Medicine* 2007; 33: 237-45.
- Santiano N, Young L, Hillman K, et al. Analysis of medical emergency team calls comparing subjective to “objective” call criteria. *Resuscitation* 2009; 80: 44-9.
- Schwebel C, Clec'h C, Magne S et al. Safety of intrahospital transport in ventilated critically ill patients: a multicenter cohort study. *Critical Care Medicine*. 2013 Aug 1;41(8): 1919-28.
- Stearley HE. Patients' outcomes: intrahospital transportation and monitoring of critically ill patients by a specially trained ICU nursing staff. *American Journal of Critical Care*. 1998 Jul 1; 7(4): 282.
- Tam BBM, Xu MB, Kwong MBC, Wardell CBC, Kwong ABC, Fox-Robichaud AMMF. The Admission Hamilton Early Warning Score (HEWS) Predicts the Risk of Critical Event during Hospitalization. *Canadian Journal of General Internal Medicine* 2017; 11.
- The Joint Commission (2009): 2009 National Patient Safety Goals. (En ligne, 13 mai 2017 à: <http://www.jointcommission.org/patientsafety/nationalpatientsafetygoals/>.)
- Warren J, Fromm RE, Jr, Orr RA, Rotello LC, Horst HM. American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med*. 2004 ; 32: 256–62.
- Whiteley S, Macartney I, Mark J, Barratt HS, Binks R. Guidelines for the transport of the critically ill adult (2011). *Intensive Care Society*, 2011.
- Winters BD, Weaver SJ, Pfoh ER, Yang T, Pham JC, Dy SM. Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine* 2013 ; 158 : 417-25.

## 9. Processus d'élaboration

### 9.1 Rédaction

Nom : Rodrigue Prénom : Marie-Claude

Titre du collaborateur : Conseillère cadre clinicienne, DSI Date : 2024-01-14

Nom : Audet Prénom : Myria

Titre du collaborateur : Conseillère en soins, DSI Date : 2024-01-14

Nom : Mayette Prénom : Michael

Titre du collaborateur : Intensiviste, DSP Date : 2024-01-14

Nom : Leclair Prénom : Marc-André

Titre du collaborateur : Intensiviste, Coordonnateur médical USI CIUSSS-Estrie CHUS, DSP Date : 2024-01-14

Nom : Savard Prénom : Kathleen

Titre du collaborateur : Coordonnatrice Soins intensifs, traumatologie et don d'organes, DFUH Date : 2024-01-14

Nom : Gauthier Prénom : Karina

Titre du collaborateur : Conseillère cadre, DSM Date : 2024-01-14

Nom : Grondin Prénom : Karine

Titre du collaborateur : Coordonnateur clinique en inhalothérapie, DSM Date : 2024-01-14

Nom : Béland Prénom : Flore

Titre du collaborateur : Chef de soins et service intérimaire, unité de soins intensifs médicaux HF, DFUH Date : 2024-01-14

Nom : Leblond Prénom : Véronique

Titre du collaborateur : Chef de soins et service intérimaire, unité de soins intensifs chirurgicaux HF, DFUH Date : 2024-01-14

### 9.2 Consultation/collaboration

Nom : Boucher Prénom : Stéphanie

Titre du collaborateur : Conseillère en soins, DSI Date : 2024-01-14

### 9.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires

## 10. Processus d'adoption

Nom, prénom : Bourgault, Patricia      Signature : Document original signé      , Directrice des soins infirmiers      Date : 2024-01-31

---

Nom, prénom : Martel, Sylvie      Signature : Document original signé      , Direction des services multidisciplinaires      Date : 2024-01-25

---

Nom, prénom : Sheehan, Nathalie      Signature : Document original signé      , Direction de la fluidité et des unités hospitalière      Date : 2024-01-24

---

Nom, prénom : Gosselin, Suzanne      Signature : Document original signé      , Direction des services professionnels      Date : 2024-01-25

---

## 11. Dispositions finales

### 11.1 Version antérieure

Non applicable.

### 11.2 Prochaine révision

La présente procédure doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

## Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date/Période
Création	Marie-Claude Rodrigue, conseillère cadre clinicienne, DSI	2024-01-14
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période

## Annexe B - Algorithme activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR HF) Unité de soins – Hôpital Fleurimont

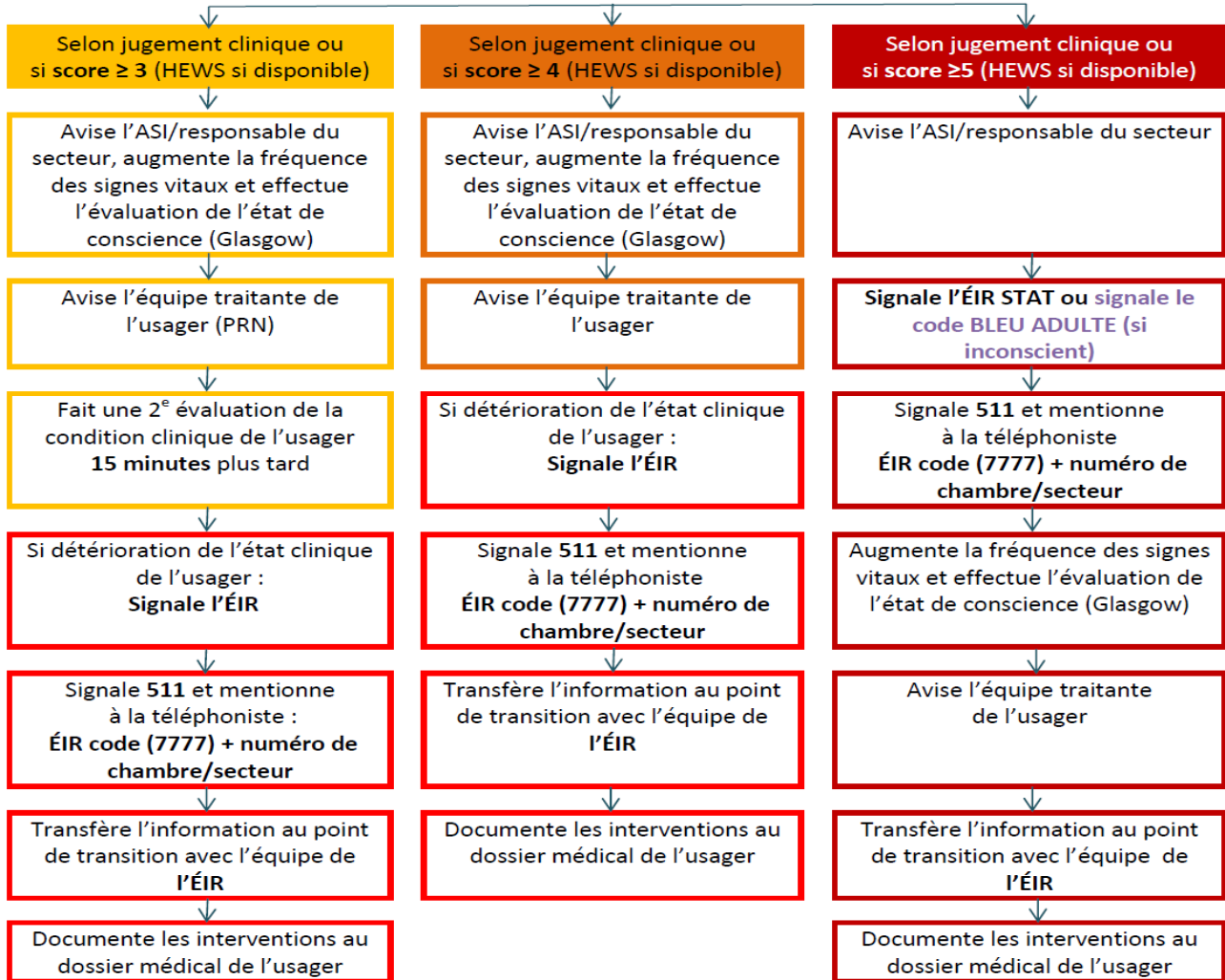
### ALGORITHME ACTIVATION DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (ÉIR HF) UNITÉ DE SOINS – HÔPITAL FLEURIMONT

L'infirmière responsable de l'utilisateur ADULTE sur l'unité de soins doit :

- Prendre les signes vitaux (TA-pouls-respiration-saturation SpO<sub>2</sub>- température) et signes neurologiques
- Selon la condition clinique (AVPU, CAM, Cincinnati, Glasgow etc.)
- Glycémie capillaire, ECG PRN selon l'état clinique
- S'assurer d'avoir un accès veineux fonctionnel

#### Si inquiétude majeure selon le jugement clinique de l'intervenant

ou selon le score HEWS (Hamilton Early Warning Score)



Lors d'un appel à l'ÉIR, l'infirmière responsable de l'utilisateur ou l'ASI doit :

- S'assurer que l'équipe traitante ait été avisée de la condition clinique de l'utilisateur
- S'assurer que le dossier médical de l'utilisateur soit disponible et complet incluant les profils pharmaceutiques, les allergies, le niveau de soins et le statut de réanimation cardio-respiratoire
- Aviser la famille de la condition clinique de l'utilisateur
- S'assurer d'avoir le # téléphone d'un répondant pour l'utilisateur

**IMPORTANT - VERSO**

ALGORITHME ACTIVATION DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (ÉIR HF)  
UNITÉ DE SOINS – HÔPITAL FLEURIMONT

**ATTENTION**

- L'infirmière de l'unité de soins demeure responsable de l'usager jusqu'à son transfert aux soins intensifs s'il y a lieu et ce, même en présence de l'équipe d'intervention rapide
- L'équipe traitante demeure également responsable de l'usager jusqu'à son transfert s'il y a lieu

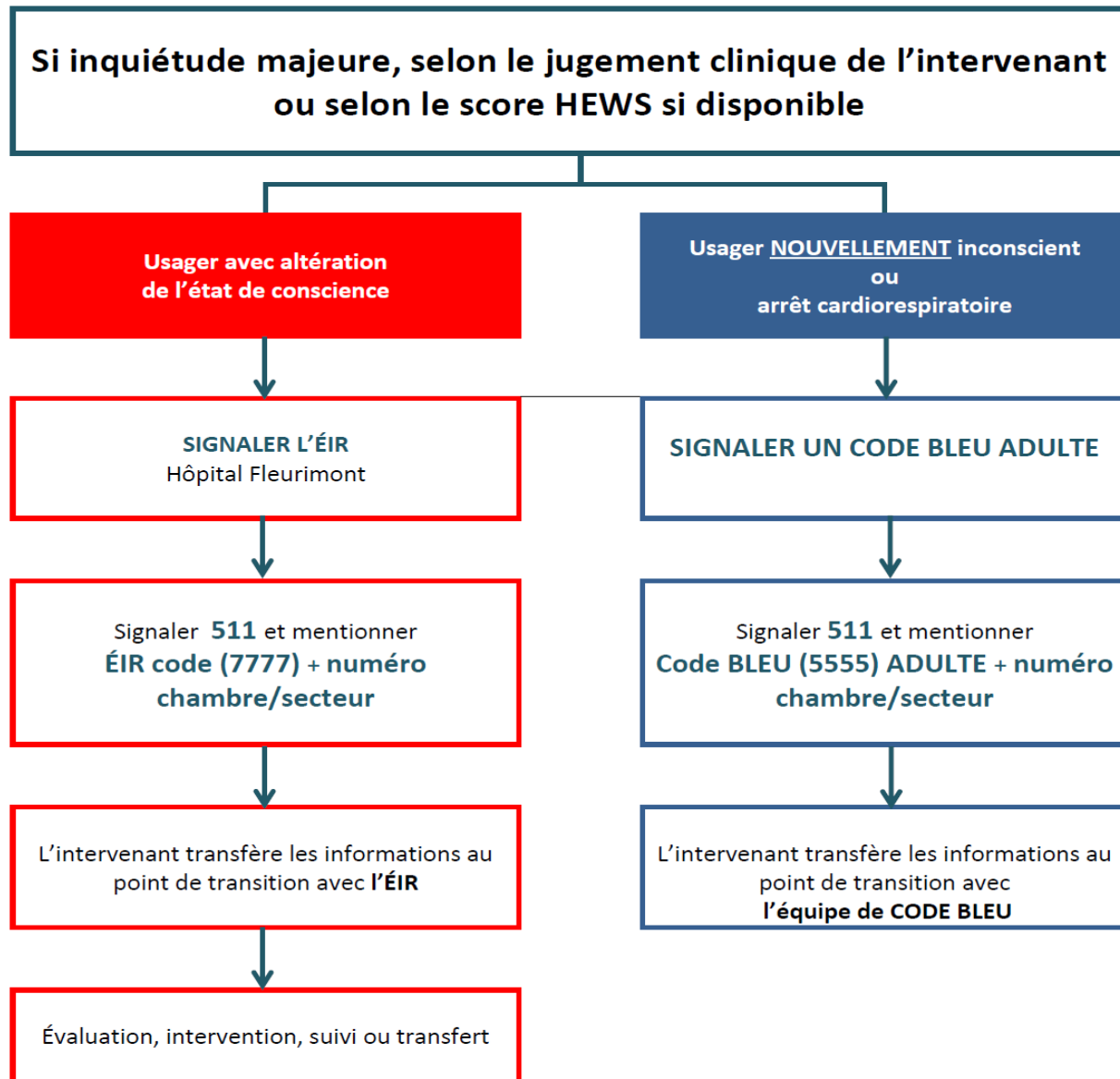
**RAPPEL**

- Usager inconscient ou en arrêt cardiorespiratoire → **SIGNALER UN CODE BLEU ADULTE**
  
- Usager avec altération de l'état de conscience  
 OU  
 Inquiétude majeure selon le jugement clinique de l'intervenant  
 OU  
 Critères d'instabilité selon le score HEWS au DCI ARIANE } **ACTIVATION de l'ÉIR**

Paramètre physiologique	3	2	1	0	1	2	3	
Fréquence cardiaque		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 130	> 130	Ces données sont en temps réel pour le calcul du score HEWS
Tension artérielle systolique (mm Hg)	< 70	71 - 90		91 - 170		171 - 200	> 200	
Fréquence respiratoire	<8	8 - 13		14 - 20		21 - 30	> 30	
S <sub>p</sub> O <sub>2</sub> %	< 85		85 - 92	> 92				
Reçoit O <sub>2</sub> ?				Air ambiant	< 5 L/min ou masque < 50%		> 5 L/min ou masque > 50%	
Température (°C)	< 35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 37.9	38.0 - 39.0	≥39.1		Données rétroactives maximales de 8 heures précédant les autres paramètres
Score GCS		GCS : 15 = 0 point GCS : 8-12 = 2 points		GCS : 13-14 = 1 point GCS : 3-7 = 3 points				Données en temps réel
Score global HEWS	X							

**Annexe C - Algorithme activation de l'équipe d'intervention rapide (ÉIR HF)  
Secteurs autres que unité de soins – Hôpital Fleurimont**

**ALGORITHME ACTIVATION DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE (ÉIR HF) CLIENTÈLE ADULTE  
TOUS LES SECTEURS AUTRES QUE LES UNITÉS DE SOINS HÔPITAL FLEURIMONT**



2024-01-10

U:\Documents\Répertoire personnel  
CHUS\Soins critiques\RCR\équiperéponse rapide\RCR\Procédureactivation24nov2023\procédureetalogrythemEIRunitévshorsunitésVF\ALG\_EIR\_activationcode7777hors unité  
soins 2024-01-10 (1) VF.docx

## Annexe D - SBAR

**S = Situation**  
**B = Background (Antécédents)**  
**A = Assessment (Évaluation)**  
**R = Recommandation**

Ce moyen mnémotechnique est utilisé dans de nombreuses situations de communication, y compris dans les soins de santé lors des rapports interquarts de travail. En français, l'acronyme utilisé peut être SAER.

Date et heure du transfert d'information :		
<h1 style="font-size: 48px; margin: 0;">S</h1> <p style="margin: 5px 0;">Situation : Que se passe-t-il présentement ? Bref énoncé du problème.</p>	<p style="margin: 0;">Département/unité/service :</p> <p style="margin: 0;">Identification de l'utilisateur :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Âge :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Chambre :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Nom et coordonnées de la personne qui appelle :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Problème actuel :</p> <p style="margin: 0;">Date du début du problème ou des symptômes :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">État : <input type="radio"/> Stable <input type="radio"/> Instable <input type="radio"/> Sous surveillance</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Statut RCR :</p>	
<h1 style="font-size: 48px; margin: 0;">A</h1> <p style="margin: 5px 0;">Antécédents : Quels facteurs/événements ont menés à cet état/problème ? Information pertinente reliée à la situation.</p>	<p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Date d'admission :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Diagnostic à l'admission :</p> <p style="margin: 0;">Connu des services pour et depuis :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Antécédents médicaux, allergies, médication, informations pertinentes :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">État mental :</p>	
<h1 style="font-size: 48px; margin: 0;">E</h1> <p style="margin: 5px 0;">Évaluation : Quelle est votre évaluation de la situation ? Ce que vous avez trouvé, pensé et fait.</p>	<p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Évaluation physique, mentale et psychosociale :</p> <p style="margin: 0;">Récents résultats ou signes vitaux :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Autres informations :</p>	
<h1 style="font-size: 48px; margin: 0;">R</h1> <p style="margin: 5px 0;">Recommandations : Actions proposées ou les suggestions d'interventions supplémentaires ou de priorités d'interventions.</p>	<p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Vos suggestions/recommandations :</p> <p style="margin: 0;">Ce qui sera fait/ ou doit être fait :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Quand :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Par qui :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Date et heure :</p> <p style="margin: 0; padding-left: 20px;">Autres commentaires :</p> <p style="margin: 0;">Communications à l'utilisateur et ses proches :</p>	

Les éléments dans chaque section peuvent être adaptés à différents contextes.