



L'évaluation de la prise en charge des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement

Selon le référentiel

Mai 2025

Qu'ils disposent ou non d'un service d'accueil des urgences, les établissements de santé doivent pouvoir faire bénéficier à tout patient, professionnel ou visiteur d'une prise en charge la plus rapide possible en cas d'urgence vitale et ce, quel que soit le lieu où se produit l'évènement (dans les locaux ou à l'extérieur : parking, parc...). L'arrêt cardiaque intrahospitalier est un évènement rare (1 cas pour 1 000 admissions hospitalières approximativement) mais associé à une mortalité et une morbidité importantes¹. Le taux de survie sans séquelle après un arrêt cardiaque intrahospitalier est en moyenne de 20 %². Une organisation rigoureuse – incluant l'intervention médicale et du matériel d'urgence accessible – est essentielle pour optimiser la réponse rapide. Face à un arrêt cardiorespiratoire³, chaque minute compte pour maximiser les chances de survie. L'arrêt cardiorespiratoire, s'il est prolongé au-delà de quelques minutes, aboutit très rapidement au décès du patient.

1. Les spécificités de l'arrêt cardiaque intrahospitalier et sa prise en charge, Revue Médecine intensive réanimation, 2022.

2. Arrêt cardiaque intrahospitalier : le mal traité, SFMU, 2013 et Arrêt cardiaque extrahospitalier avec témoin : les chances de survie sont associées au délai de la réanimation cardiopulmonaire, APMNews, 2024.

3. Arrêt cardiocirculatoire, Société française de cardiologie, 2021.

En déclinaison de la fiche « Évaluation du parcours intrahospitalier », cette fiche présente certaines des particularités concernant la prise en charge de l'urgence vitale en intrahospitalier auxquelles les évaluateurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations. Certains éléments doivent nourrir les débats sur la gestion des risques...

Pour les établissements d'HAD, le patient et sa famille sont informés qu'ils doivent appeler le 15 (critère 2.1-09), en conséquence le critère 2.2-12 est non applicable. Ce point sera rappelé dans la fiche pédagogique « HAD ».

Définitions

Urgence vitale

La situation de détresse (hémorragie sévère, asthme grave, obstruction des voies aériennes supérieures, réaction allergique grave, cardiopathies avec arrêts cardiaques, tachycardie ou bradycardie profondes...) où la vie du patient est en danger imminent faute de soins rapides et adaptés. Les détresses vitales sont définies sur le plan :

- neurologique : coma : le patient ne répond pas aux stimulations douloureuses ;
- respiratoire : arrêt respiratoire, respiration anormale en fréquence ou en amplitude, obstruction des voies aériennes supérieures : impossibilité de parler, patient bouche ouverte, porte les mains à son cou ;
- circulatoire : pression artérielle imprenable, pouls proximal non perçu.

Les professionnels peuvent expliquer la manière dont l'équipe est organisée pour faire face à l'urgence vitale dans les cas suivants :

- l'étouffement : en cas d'étouffement, il faut agir vite avec des claques dans le dos de la personne, voire des compressions abdominales ;
- le saignement : lorsque le sang gicle ou coule de façon continue, il convient d'exercer une pression sur la plaie afin d'arrêter le saignement ;
- l'inconscience : si la personne est inconsciente, et que sa poitrine se soulève régulièrement, il importe de libérer ses voies aériennes et de la placer en position latérale de sécurité ; une réanimation cardiopulmonaire est nécessaire ;
- l'arrêt cardiaque : si la personne est inconsciente et ne respire pas normalement, il faut effectuer des compressions thoraciques et des insufflations. La réanimation doit se poursuivre jusqu'à la reprise d'une respiration normale ou l'arrivée des secours ;
- le malaise cardiaque : un malaise cardiaque se manifeste par une douleur qui serre la poitrine. La personne peut aussi présenter d'autres signes comme des difficultés respiratoires, des sueurs, des nausées... Il est indispensable de questionner la personne pour que le SAMU puisse juger du degré d'urgence (fiche « Réagir en cas d'urgence médicale » du ministère de la Santé).

Urgence relative

L'urgence relative nécessite une prise en charge, mais sans que le facteur temps soit prédominant. La vie du patient n'est pas en danger imminent. Cette urgence relative est le reflet d'une évaluation à un instant T et peut évoluer à tout moment. En effet, l'état du malade peut se dégrader brutalement et passer en urgence vitale. Ainsi, l'urgence relative nécessite une surveillance régulière de l'état clinique du patient.

Arrêt cardiorespiratoire

L'arrêt cardiorespiratoire ou arrêt cardiocirculatoire (ACC) ou arrêt cardiaque (AC) correspond à la cessation de l'activité mécanique cardiaque, confirmée par l'absence de pouls et une apnée ou respiration agonique (gasping) (Société française de cardiologie).

Les points clés de l'évaluation

En condition de visite de certification, l'évaluateur est un expert-visitateur. Lors d'une évaluation interne, l'établissement peut désigner comme évaluateur toute personne qu'il estimera compétente.

L'ensemble des organisations mises en place pour prendre en charge l'urgence vitale au sein d'un établissement de santé doit poursuivre un seul but : **la rapidité d'intervention**.

Vous vous assurez qu'il existe une procédure d'alerte à jour. Ainsi, elle prévoit :

- la sectorisation de l'établissement qui définit des périmètres d'action en fonction du type d'urgence. Pour chaque secteur, les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale connaissent leur rôle et leurs missions ;
- la priorité donnée aux médecins sur place pour prendre en charge les urgences vitales ;
- pour les structures fonctionnant sans médecin sur place à certaines périodes (nuit, week-end et jours fériés), le recours :
 - à l'astreinte médicale,
 - au centre 15. Le cas échéant, celui-ci est organisé avec le SAMU afin de préciser les modalités d'intervention : orientation directe vers le médecin régulateur, période d'intervention...,
 - cette organisation, quelle qu'elle soit, doit avoir été choisie avec l'objectif d'obtenir l'intervention la plus rapide d'un médecin sur place ;
- un numéro d'appel unique et dédié H24 :
 - relié à un système télécom d'orientation automatique manuel vers un médecin habilité à intervenir dans le secteur,
 - sans aucune ambiguïté, c'est-à-dire :
 - un numéro et non une référence (par exemple, « appeler le réanimateur de garde »),
 - lorsque le médecin reçoit l'appel, il doit immédiatement savoir que c'est une urgence vitale (téléphone dédié ou téléphone multiusage avec sonnerie dédiée à l'urgence vitale...),
 - affiché dans tous les postes de soins,
 - si le numéro d'appel n'est pas unique, l'établissement doit expliquer en quoi son organisation est plus sécurisée que le numéro unique pour gérer l'urgence vitale (par exemple : en maternité, il existe deux numéros : un qui renvoie vers un réanimateur pour les mères et un vers un pédiatre pour les nouveau-nés ; en SSPI, recours direct à un anesthésiste-réanimateur,
 - si l'établissement fait le choix d'un autre dispositif que l'appel téléphonique (ex. : bouton d'alerte, « coup de poing »), ce système doit être actionnable tout en assurant la sécurité du patient en urgence vitale, permettre d'identifier rapidement le lieu de l'urgence et d'alerter les professionnels habilités. Par exemple, en balnéothérapie, le bouton d'appel doit être accessible depuis la piscine pour demander de l'aide tout en maintenant les voies respiratoires du patient hors d'eau.

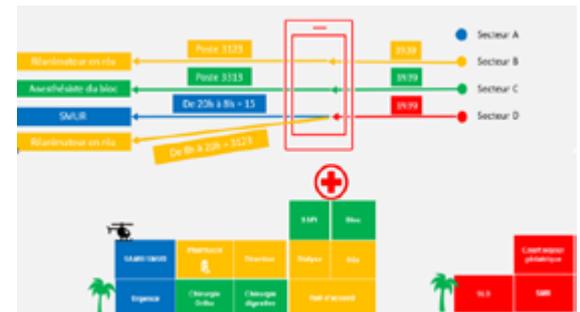
Les chariots ou sacs d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins :

- la composition est définie et adaptée aux profils des patients de l'unité (enfants, patients trachéotomisés...) en concertation avec les professionnels habilités à l'utiliser. Les professionnels ont accès à la composition du chariot ;
- ils sont vérifiés régulièrement selon les risques du secteur (au minimum une fois par mois) ;

1. Prévoir les conditions techniques d'alerte et de prise en charge

La procédure d'alerte

- Sectorisation
- Rôle et missions des professionnels habilités à intervenir
- Numéro d'appel unique et dédié



La disponibilité du matériel

- la traçabilité de la vérification précise date et nom du vérificateur, les dates de péremption des dispositifs à usage unique et des médicaments, la vérification de l'intégrité des emballages... ;
- la maintenance préventive et curative du matériel d'urgence est assurée ainsi que sa traçabilité ;
- après vérification, les chariots ou sacs d'urgence sont scellés.

Vous interrogerez les professionnels du soin sur leur participation à :

- une formation, prioritairement AFGSU, aux gestes et soins d'urgence. À défaut, l'établissement peut faire valoir d'autres dispositifs de formation, comme la simulation (interne, au sein du GHT, du groupe...) par des médecins spécialisés (par exemple : urgentiste, anesthésiste-réanimateur) ou des professionnels habilités par le CESU ;
- les services qui ont le plus de risque d'avoir à faire face à une urgence vitale sans présence médicale permanente sur place doivent être inscrits en priorité sur le plan de formation de l'établissement ;
- des exercices de mise en situation in situ évaluant l'ensemble du processus : des premiers symptômes et des éléments à communiquer lors de l'appel jusqu'à la prise en charge médicale et ses résultats.

Vous vous assurez que les professionnels de soins connaissent :

- les symptômes d'une urgence vitale, et la différence entre une urgence vitale et une urgence relative ;
- les premiers gestes de prise en charge d'une urgence vitale ;
- le numéro unique.

Les chariots ou sacs d'urgence sont aisément et rapidement accessibles par les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale. Le lieu de stockage du matériel d'urgence vitale appartient à l'établissement au regard d'une analyse comparative des bénéfices et des risques (accessibilité, rapidité de mobilisation, patient déambulatoire, etc.) de telle ou telle organisation : local dédié, bureau infirmier, couloir, etc.

Après chaque utilisation, le chariot et/ou le sac d'urgence sont vérifiés, complétés et scellés.

Un registre est tenu, y sont tracés :

- l'étiquette du patient ;
- l'heure de l'appel, l'appelant et l'appelé ;
- les circonstances ;
- les produits/matériels utilisés.

Vous vous assurez que la gouvernance :

- évalue (exercice *in situ*, simulation) l'ensemble du processus (de la découverte des symptômes à la prise en charge totale) ;
- suit des indicateurs : par exemple, nombre d'urgences vitales, délai entre les premiers symptômes et les gestes de premier secours, délai de mobilisation du matériel, délai d'intervention d'un médecin (journée, nuit, week-end, etc.), taux de morbidité, taux de survie, etc. ;
- analyse ses résultats ;
- définit des mesures d'amélioration le cas échéant (révision du plan de formation, exercice de mise en situation...).

La formation des professionnels

- AFGSU niveau 1 : recommandée pour tout le personnel exerçant en établissement de santé
- AFGSU niveau 2 : obligatoire pour les professionnels du soin et qui doit être recyclée tous les 4 ans
- Exercice de mise en situation

2. Détecter et prendre en charge l'urgence vitale

3. Évaluer et améliorer ses pratiques

L'évaluation de la prise en charge des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement

Aide au questionnement

Les questions suivantes ne sont ni opposables, ni exhaustives. Elles sont données à titre d'exemple dans le cadre des entretiens d'évaluation. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Exemples de questions susceptibles d'être posées pendant les évaluations

Avec les professionnels

- Comment vous organisez-vous pour prendre en charge une urgence vitale ?
- Quel numéro d'appel utilisez-vous ?
- Qu'avez-vous comme matériel pour prendre en charge une urgence vitale ? Où est-il stocké ?
- Quand est vérifié le matériel de prise en charge de l'urgence vitale et par qui ?
- Quelle formation avez-vous suivie sur la prise en charge de l'urgence vitale ? De quand date-t-elle ?
- Vous entraînez-vous à la prise en charge de l'urgence vitale ? De quelle manière ? Faites-vous des simulations ?

Avec la gouvernance

- Comment évaluez-vous le dispositif de prise en charge de l'urgence vitale ? De quand date la dernière évaluation ?
- Qu'avez-vous obtenu comme enseignement de cette évaluation ? Quel plan d'action avez-vous mis en place ?

Pour aller plus loin

Références HAS

- [Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2007.](#)
- [Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce \(alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse\), 2009.](#)
- [Hémorragies du post-partum immédiat, 2004.](#)
- [Bonnes pratiques en matière de simulation en santé, 2024.](#)

Références légales et réglementaires

- Articles D. 6124-309 et D. 6124-310 du CSP.
- Articles L. 1110-5 et R. 6123-12 du CSP.

Autres références

- Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles : prise en charge de l'arrêt cardiaque en établissement de soins, SFAR, SFMU..., 2010.
- Directives 2021 de l'European Resuscitation Council, avril 2021.
- Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières, SFMU, SFC, SFAR, 2004.
- Prise en charge de l'arrêt cardiaque en 2018, SFAR, 2018.
- Les spécificités de l'arrêt cardiaque intrahospitalier et sa prise en charge, SRLF, Médecine intensive réanimation, 2022.



Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

Patients, soignants, un engagement partagé



Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS : www.has-sante.fr



has-sante.fr/qualiscope