

Collaboration spéciale



POUR UNE UTILISATION RATIONNELLE DE LA SALLE DE STABILISATION

Pierre Hamel MD, M.Sc.,
CMFC(MU)
Louis La Rue MD,
CMFC(MU)
Julien Poitras MD, BAV,
CMFC (MU)
Médecins d'urgence
Hôtel-Dieu de Lévis



La mission première du département ou service d'urgence est de rendre de façon adéquate et immédiate aux usagers dont l'état le requiert les services spécifiques suivants : réception, évaluation initiale, stabilisation, initiation du traitement et transfert à la ressource spécialisée adéquate, s'il y a lieu. La priorité du département ou service d'urgence est la prise en charge de la clientèle dite lourde, nécessitant des soins avancés. La salle de réanimation et de stabilisation est le lieu physique idéal pour intervenir dans le cas de pathologies complexes. Malheureusement, cette salle demeure dans plusieurs milieux sous-utilisée, n'étant mise à contribution que lors d'une réanimation cardio-respiratoire ou de la prise en charge des traumatisés majeurs. Cette façon de faire mérite une mise à jour.

La salle de réanimation et de stabilisation doit être LE pôle d'intérêt majeur de l'urgence; une partie importante des énergies consacrées à l'amélioration de la qualité des soins à l'urgence doit être dirigée vers l'optimisation de cette salle et de son fonctionnement. Elle doit être utilisée afin de stabiliser toute condition complexe et ce, indépendamment de l'âge du patient. Le médecin d'urgence doit être familier avec cette salle et connaître parfaitement la localisation du matériel susceptible d'y être utilisé, de sorte qu'il puisse agir comme leader dans la stabilisation des pathologies complexes qu'on y achemine. Également, la comptabilisation des patients dirigés dans cette salle par un registre particulier permet de mettre sur pied un programme spécifique de l'évaluation de la qualité de l'acte médical. Il faut considérer la salle de réanimation et de stabilisation comme une unité de soins intensifs temporaire. Cette salle doit être techniquement complète et les critères d'admission clairs afin que le personnel infirmier puisse y diriger adéquatement la clientèle instable.

L'introduction au département ou service d'urgence de **critères d'admission** à la salle de réanimation et de stabilisation est un prétexte intéressant pour reviser les critères de triage avec le personnel infirmier et assurer l'enseignement à ce niveau.

Le patient ne présentant pas de pathologie urgente qui aura

été orienté dans cette salle sera immédiatement dirigé dans des aires où les pathologies stables sont traitées. Le département ou service d'urgence verra à statuer sur la durée maximale en salle de réanimation et de stabilisation. Ce délai ne doit pas pour autant constituer une balise incontournable. Également, des protocoles de transfert inter-départements mériteront d'être créés afin de faciliter l'orientation de l'usager une fois ce dernier stabilisé.

La liste des médicaments qu'on retrouve dans la salle de réanimation et de stabilisation doit être complète pour répondre au traitement immédiat des principales pathologies urgentes, incluant la médication nécessaire à la thrombolyse. La quantité d'antidotes doit être suffisante pour répondre aux principales intoxications, et un réfrigérateur portatif devrait être disponible afin de conserver à portée de la main la médication urgente qui nécessite d'être gardée au froid, mais aussi pour garder en réserve du sang advenant un besoin vital.

La salle de réanimation et de stabilisation doit être munie d'un équipement à la fine pointe de la technologie permettant de stabiliser, investiguer et traiter les patients qui risquent de s'y présenter. Un défibrillateur doit être disponible en tout temps et le personnel doit en connaître le fonctionnement. Un monitoring complet doit être accessible, soit : monitoring cardiaque; monitoring de la pression non invasive; de la fréquence respiratoire; de la saturométrie; de la température (avec thermomètre adéquat pour les cas d'hypothermie); du CO₂ en fin d'expiration. Il devrait être possible également de monitorer la tension artérielle de façon invasive par canule artérielle et la tension veineuse centrale. Les appareils de monitoring modernes sont souvent modulaires, et ces modules étant mobiles, on peut utiliser des moniteurs de transport pour le transfert des patients sans devoir changer les capteurs. Un réchauffe-sang et un réchauffe-patient devraient être accessibles. La présence d'un appareil de radiologie au plafond est également un atout indubitable. Pour les départements ou services d'urgence avec clientèle pédiatrique, l'ajout de boîtes ou sacs pédiatriques contenant l'équipement d'accès veineux, d'intubation, de cathétérismes et les doses de médicaments en fonction du poids, tels que suggérés par l'échelle de Broselow, peut faciliter la tâche au médecin et au personnel. Des plateaux de procédures chirurgicales et vasculaires complets pour les techniques majeures susceptibles d'être réalisées à l'urgence (voies centrales, drainage thoracique, lavage péritonéal, cystostomie...) doivent être accessibles immédiatement. Également, un plateau doit être disponible

pour les intubations difficiles et les alternatives à l'intubation (combitubes, masques laryngés, ponction cryothyroïdienne, ventilation au jet, cryothyroïdectomie, tracklight, fibroscope, laryngoscope de Bullard (selon le choix de l'équipe)). Il est souhaitable qu'un respirateur et un Bipap soient présents ou réservés pour le département ou service d'urgence. Du matériel supplémentaire doit être disponible pour le transfert des patients vers les autres départements ou services afin de ne pas désorganiser la salle de stabilisation lors d'un transfert. Des feuilles de compilation de données doivent être disponibles et suffisamment claires pour relater adéquatement l'évolution du patient. Plusieurs moniteurs modernes permettent directement l'impression des données vitales du patient sur des feuilles standards, soulageant ainsi le travail clérical du personnel. Des protocoles clairs doivent être mis au point avec les départements de laboratoires afin que les examens acheminés de cette salle soient effectués en priorité. La politique de vérification et de mise à jour du matériel et de l'équipement doit être claire et fonctionnelle.

Un autre aspect important est la disponibilité des ressources humaines. Dès l'annonce de l'arrivée d'un patient qui doit être dirigé dans la salle de réanimation et de stabilisation le personnel médical et infirmier doit se mobiliser et être disponible immédiatement pour accueillir les ambulanciers, diriger l'installation du patient et répondre à la demande urgente. Les rôles de chaque intervenant doivent être définis et connus. Le personnel en inhalothérapie et le personnel technique en radiologie doivent être avisés de l'arrivée d'un patient en salle de réanimation et de stabilisation, de sorte qu'ils seront rapidement disponibles au besoin.

Afin de faciliter l'orientation adéquate de l'usager vers la salle de réanimation et de stabilisation, le service d'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis a développé un document d'orientation pour le personnel. Vous trouverez à la page suivante les critères d'admission à notre salle de réanimation et de stabilisation pour la clientèle adulte et pédiatrique. Ce document est affiché au triage, dans le quai des ambulances et à d'autres points stratégiques de l'urgence. Il est de la responsabilité de chaque département ou service d'urgence de statuer sur l'utilisation optimale de cette salle. À vous de jouer maintenant!

Références :

1. Lebow, M and Wm MacMillan Rodney, Patient transfers to a public hospital, *The journal of emergency medicine* 1988; 6 : 447-450.
2. Tintinalli et al, *Emergency medicine : a comprehensive study guide*, McGraw-Hill, 4^{ème} édition, 1996.
3. Rosen et al, *Emergency medicine. Concepts and clinical practice*, 3^{ème} édition, 1992.

