



Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences

Retours d'expériences
Tome 3 – Partie 1



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
ET DES SPORTS

MeaH Mission
nationale
d'expertise
et d'audit
hospitaliers

L'organisation au service
de la qualité et de l'efficacité
dans les hôpitaux et les cliniques

ANAP
appui santé & médico-social



Charte éthique des projets d'amélioration en organisation conduits par la MeaH

L'objet des interventions MeaH est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, de façon directe ou indirecte ainsi que les conditions de travail des professionnels dans le contexte de « vie réelle ».

Les établissements sont volontaires et informés des modalités de collaboration.

En accord avec la MeaH, les professionnels décident des actions d'amélioration et les conduisent en veillant à leur impact sur la qualité des soins.

Les données utiles au projet sont recueillies par les établissements avec le concours des consultants.

La diffusion des données est anonyme. Sur accord de l'établissement, cet anonymat peut être levé.

Le financement des chantiers est assuré sur fonds publics (Fond de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés).

La sélection des consultants est réalisée après appel d'offres en application du Code des Marchés Publics.

Les agents de la MeaH déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les cabinets de conseil.

Les documents produits sont relus par un comité de lecture interne à la MeaH, incluant un médecin si le thème impacte directement la prise en charge des patients.

Dans un souci de qualité et d'éthique, chaque chantier fait l'objet d'une évaluation et d'un rapport selon les recommandations de publication sur l'amélioration de la qualité des soins.



SOMMAIRE

Introduction	5
Remerciements	7
Rappel du dispositif proposé par la MeaH	10
Des chantiers « pilotes » au dispositif de déploiement	10
Bref rappel du dispositif d'appui proposé aux établissements	11
Se comparer aux autres services	11
Comparaison internationale	15
Périmètre des travaux conduits par les quarante et un services d'accueil des urgences	17
Quarante et un services d'accueil des urgences accompagnés par huit cabinets conseil	17
Les natures d'actions majeures mises en oeuvre	17
Les fiches de bonnes pratiques organisationnelles	19
Définition des bonnes pratiques organisationnelles observées	19
Objet et limites des bonnes pratiques	19
Les bonnes pratiques impactant l'ensemble du service	21
Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux	21
Mise en place d'un Médecin Régulateur des Flux – AP-HM Hôpital de la Conception	23
Médecin coordinateur de flux – Centre Hospitalier de Chalon sur Saône	24
Outil de gestion des flux de patients – Hôpitaux Drôme Nord	26
Fiche de poste de l'infirmière régulatrice de flux – Centre Hospitalier de Perpignan	28
Fiche de poste de l'infirmier coordinateur de flux – Centre Hospitalier de Roubaix	30
Nouvelle organisation d'un service des urgences – CHR d'Orléans	32
Nouvelle Organisation du SAU	32
IAO	34
Partager et définir les règles de fonctionnement du service d'accueil des urgences	36
Démarche de mise en place de la bonne pratique	37
Description du processus de prise en charge d'une personne se présentant au service d'accueil des urgences – Centre Hospitalier d'Agen	38
Proposition d'une nouvelle organisation pour l'admission des patients – AP-HM Hôpital de la Conception	39
Guide de bonnes pratiques dans le service des urgences – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	41
Processus de gestion différenciée des patients – Hôpitaux Drôme Nord	44
Fiches de transmission – Centre Hospitalier de Landerneau	45
Procédure de transmission d'appels du standard vers le service des urgences – CHI Les hôpitaux du Léman	46
Organisation paramédicale (SAU – SMUR) – Centre Hospitalier de Rodez	47
Développer la collaboration entre les équipes SMUR et SAU	49
Description des rôles médicaux - Centre Hospitalier de Royan	50
Définition de la contribution du SMUR à l'activité des urgences – Centre Hospitalier de Rodez	51
Contribution du SMUR à l'activité des urgences par la sectorisation – CHI de Castres Mazamet	52
Adapter l'organisation à l'activité	53
Démarche de mise en place de la bonne pratique	54
Définition des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité – Hôpitaux Drôme Nord	56
Définition des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité – Centre Hospitalier de Perpignan	57
Tableau décisionnel de la situation à tenir en cas de sûr activité – Centre Hospitalier de Perpignan	58
Procédure de la « Coordination rythmée » – Centre Hospitalier de Perpignan	59
Fiches d'identification du niveau d'activité – Centre Hospitalier de Perpignan	61
Améliorer la transmission d'informations médicales	65
Démarche de mise en place de la bonne pratique	65
Fiches de transmissions – Centre Hospitalier de Landerneau	66
Les bonnes pratiques relatives aux étapes de prise en charge	67



Accueil et information des patients	67
Améliorer la signalétique d'accès au service des urgences.....	67
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	68
Principes de signalétique – CHI de Castres Mazamet	69
Fournir des informations sur les délais prévisibles d'attente	72
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	73
Outil d'estimation des délais de passage des patients – Centre Hospitalier de Landerneau	74
Créer une équipe de salle d'attente.....	76
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	77
Gérer l'information des familles	78
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	79
Fiche d'information « L'attente aux urgences » – Centre Hospitalier de Bastia	80
Livret d'accueil – CHI de Castres Mazamet	81
Document d'information des patients et familles – GHU H. Mondor	83
Procédure d'intégration des familles en zone de soins et en unité d'observation – GHU H. Mondor.....	85
Informers les patients sur les modalités de facturation.....	87
Affichage des principes de facturation – Centre Hospitalier de Landerneau.....	88
Affichage des tarifs – CHI de Villeneuve Saint Georges	89
Prise en charge initiale et tri des patients	90
Régulation l'arrivée des patients avec l'amont et la médecine de ville	90
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	91
Sectoriser la prise en charge.....	92
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	92
Démarche de sectorisation – CHI de Créteil	93
Modalité de sectorisation des boxes – Centre Hospitalier de Mantes la Jolie.....	94
Mettre en place une filière courte	95
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	96
Filière rapide – AP-HM Hôpital Sud	100
Définition de la filière ultra courte - Centre Hospitalier de Bastia	102
Fiche fonction IDE soins ambulatoires - Centre Hospitalier de Chalon sur Saône.....	104
Relevé des consultations filière courte – CHI des Portes de l'Oise.....	105
Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA	106
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	107
Protocole IOA de prise en charge de la douleur avant examen médical – CHU de Besançon	110
Protocole IOA de prise en charge de la douleur avant examen médical –.....	111
Fiche patient IOA – CHI de Castres Mazamet	114
Fonctionnement de l'antenne administrative en présence de l'IOA – CHI de Castres Mazamet	115
Fonctionnement de l'IOA – CHI de Castres Mazamet	116
Mode opératoire de remplissage de l'outil de gestion des flux de patients de l'IOA – Hôpitaux de Drôme Nord	117
Feuille d'admission IOA – Centre Hospitalier de Laon	118
Référentiel de l'IOA – Centre Hospitalier de Perpignan	120
L'accueil aux urgences – rôle et fonction de l'IOA – AP-HM Hôpital de la Conception	121
L'agent administratif – AP-HM Hôpital de la Conception	123
L'IOA de tri – AP-HM Hôpital de la Conception.....	123
Fiche de poste de l'IOA de tri – AP-HM Hôpital de la Conception	124
L'IOA d'organisation et de gestion des soins – AP-HM Hôpital de la Conception.....	126
Fiche de poste de l'IOA d'organisation et de gestion des soins – AP-HM Hôpital de la Conception.....	127
Missions de l'IOA – CHI de Castres Mazamet	129
Missions de l'IOA – Centre Hospitalier de Rodez	130
Profil de poste de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil – Centre Hospitalier de Charleville Mézières.....	131
Profil de poste de l'Infirmière de Médecine d'Accueil – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	134
Fiche de poste IOA – Centre Hospitalier de Landerneau.....	137
Fiche de poste IOA – Centre Hospitalier de Laon	139
Définition de poste IOA – Centre Hospitalier de Roubaix	142
Fiche de poste IOA – Centre Hospitalier de Langon.....	144
Mettre en place un MAO.....	147
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	148
Le Médecin d'Accueil et d'Orientation – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	150
Le Médecin d'Accueil et d'Orientation – CHI Les hôpitaux du Léman.....	152
Le Médecin d'Accueil et d'Orientation – Centre Hospitalier de Laon	153
Fiche de poste du médecin coordonnateur – AP-HM Hôpital de la Conception.....	155



Le Médecin Référent – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	158
Le Médecin Référent – CHI des Portes de l’Oise.....	159
Le médecin régulateur – CHI de Créteil	160
Le médecin coordinateur – CHI Les hôpitaux du Léman	161
Mettre en place un médecin de l’avant	162
Fonctionnement du médecin de l’avant – Centre Hospitalier de Perpignan.....	163
Assurer une prise en charge de la douleur à l’accueil par l’IOA	164
La prise en charge de la douleur à l’accueil par l’IOA – Centre Hospitalier de Cambrai	165
Mettre en place une échelle de tri.....	170
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	172
Organisation de l’accueil et du tri – Centre Hospitalier de Royan	174
Guide général de triage (extrait) – CHR d’Orléans	176
Logigramme de tri avec la CCMU – Centre Hospitalier de Royan	181
Arbre de tri – AP-HM Hôpital de la Conception.....	183
Outil de travail de l’IOA de tri – AP-HM Hôpital de la Conception	184
Echelle de tri – AP-HM Hôpital Nord.....	185
Echelle de tri – Centre Hospitalier de Cayenne	186
Fiche de tri des urgences – Centre Hospitalier de Cayenne	187
Principe du tri et de l’orientation – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	188
Grille de tri – CHI des Portes de l’Oise.....	189
Grille de tri – CHI Les hôpitaux du Léman	190
Grille de tri – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	192
6 questions permettant à l’IOA d’orienter le patient vers le circuit court – CHI de Créteil.....	197
Echelle de tri – Centre Hospitalier de Landerneau.....	198
Echelle de tri – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	200
Echelle de Glasgow (Adulte) – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	203
Groupes de Masters (traumatismes crâniens) – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	204
Echelle NIHSS d’évaluation de l’AVC – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	205
Fiche de tri et d’orientation pédiatrique – Centre Hospitalier de Moulins Yzeure	206
Fiche de tri et d’orientation adulte – Centre Hospitalier de Moulins Yzeure	207
Echelle de triage – Centre Hospitalier de Perpignan	208
Grille de tri – Centre Hospitalier de Roubaix	211
Objectifs de tri – Centre Hospitalier de Saint Briec	213
Fiche de tri – Centre Hospitalier de Saint Briec	214
Assurer la prise en charge initiale avec des protocoles spécifiques	216
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	217
Liste de protocoles médicaux de prise en charge – Hôpitaux Drôme Nord.....	218
Protocole hémorragique de la délivrance – Hôpitaux Drôme Nord	219
Protocole de conduite à tenir devant une colique néphrétique – CHU de Besançon	220
Aménager le poste d’accueil et le box IOA	221
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	221
Description synthétique de la Zone d’Accueil et d’Orientation – Centre Hospitalier de Cayenne.....	223
Plan de positionnement de la zone IOA – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	225
Création d’un box d’IOA – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	226
La mise en box	227
Ne pas utiliser les boxes en salle d’attente de résultats.....	227
Démarche de mise en place de la bonne pratique.....	228
Règles de libération des boxes de soins – Centre Hospitalier de Landerneau	229
Règles de libération des boxes de soins – Centre Hospitalier de Laon	230
Assurer une prise en charge sécurisée des patients « couloir ».....	231
Procédure d’organisation physique et fonctionnelle de la zone de triage – Centre Hospitalier de Perpignan.....	232
Fiche « patient couloir » – Centre Hospitalier de Perpignan	236
Gérer les zones d’attente « couloir » – Centre Hospitalier de Perpignan.....	237



Introduction

Les services des urgences font face à une augmentation continue de leur activité dont la cause tient à la fois à des changements de comportement des usagers et à une évolution de l'organisation des soins de ville. Ils sont en outre dans une situation de contradiction majeure : obligés d'accueillir et de traiter toute personne qui se présente, ils demeurent, pour l'hospitalisation de leurs patients et la réalisation de certains examens complémentaires, dépendants de l'accord et des contraintes organisationnelles des services partenaires.

La résultante de ces deux phénomènes est un engorgement des services et un allongement des temps de passage des patients, qui engendre l'insatisfaction des usagers, l'altération des conditions de travail des professionnels, la dégradation de la qualité des soins et la recrudescence d'actes violents.

Aussi, avec huit premiers services des urgences volontaires pour réduire leur temps d'attente et de passage, la MeaH a souhaité aborder ce problème d'engorgement des services sous l'angle organisationnel.

Sans préjuger de la qualité de la prise en charge des patients, les premiers travaux menés de 2003 à 2005 ont permis de repérer des dysfonctionnements de nature organisationnelle, comme par exemple :

- des attentes de plus d'une heure pour certains patients avant de voir un médecin ;
- des temps de passage qui excèdent 6 heures pour une prise en charge qui aurait pu durer une heure ;
- des attentes d'hospitalisation de plus de 24 heures (« nuits couloir ») ;
- des patients qui, las d'attendre, quittent le service avant soins.

Face à ces constats, l'allocation de ressources supplémentaires (personnels, lits, équipements techniques dédiés) peut être perçue comme la seule solution. Or, les travaux conduits dans le premier chantier de 2003 par la MeaH et les urgentistes impliqués dans la démarche ont mis en évidence une fluctuation des ressources allouées aux services et l'absence de corrélation entre ce niveau de ressources et les symptômes décrits ci-dessus.

Plus encore, les professionnels des services des urgences ont démontré qu'il était possible, à l'aide de solutions organisationnelles, d'apporter quelques améliorations à la situation constatée : réduire les dysfonctionnements aux interfaces avec les services supports, redonner sa vocation à l'unité d'hospitalisation de courte durée, optimiser les modalités de rotation des boxes d'examen, etc.

Certains ont ainsi obtenu des réductions sensibles des délais de prise en charge, d'autres ont pu limiter l'impact sur les temps de passage des patients d'une augmentation de leur activité. Une majorité d'entre eux a aussi obtenu une réduction sensible du nombre de patients concernés par des temps de passage très longs (plus de 8, 10 ou 12 heures avant une hospitalisation ou un retour à domicile).

Mais au-delà des améliorations qu'ont pu obtenir les urgentistes des huit premiers sites et des « bonnes pratiques organisationnelles » qu'ils souhaitaient faire partager, leur travail aura permis :

- de confirmer l'importance pour un service des urgences de se fixer un objectif de réduction de l'engorgement et des temps de passage des patients : il s'agit d'un objectif légitime pour les usagers et pour les soignants et structurant pour l'organisation des services ;
- de poser certains principes de gestion : tout patient, quelles que soient sa gravité clinique ou la pertinence de son recours aux services des urgences, « consomme » les ressources du service (temps médecin, temps infirmier, box), ralentissant la prise en charge de l'ensemble des patients, qui, « stagnants », mobilisent des ressources et concourent à leur tour à l'engorgement des services... Il convient donc de prendre en charge tous les patients, lourds ou légers, dans un temps le plus proche possible de leur optimal ;
- de faire la démonstration qu'il existe des marges d'amélioration à l'intérieur même des services des urgences et non pas seulement en amont (permanence des soins) ou en aval (lits d'hospitalisation).

Reste que certaines problématiques n'ont été que partiellement abordées au cours du premier chantier sur la réduction des temps d'attente et de passage aux urgences. C'est le cas notamment de l'hospitalisation, de la prise en charge des patients âgés, de l'obtention d'avis spécialisés, de la réorientation des patients ne relevant pas d'une prise en charge aux urgences et de l'ensemble des questions d'ordre médical (pertinence des prescriptions, pertinence des hospitalisations, qualité médicale des soins délivrés).

Depuis ce premier chantier, du chemin a encore été parcouru. Un chantier d'approfondissement a permis de valider de nombreuses bonnes pratiques identifiées au cours du premier chantier. Aujourd'hui, ce sont plus de 120 services d'accueil des urgences qui sont ou ont été accompagnés par la MeaH. Ce recueil présente un enrichissement des recueils de bonnes pratiques publié en décembre 2005 et en novembre 2008. Il propose notamment de nouvelles bonnes pratiques telles que l'adaptation de l'organisation à l'activité du service, des principes de régulation avec la médecine de ville, l'information des



familles ou encore des modalités de collaboration avec les services d'aval lors d'afflux importants de patients. Il présente également de nouveaux exemples issus des actions mises en œuvre dans les services des urgences afin que les professionnels puissent enrichir leurs réflexions organisationnelles, mais aussi partir de documents réalisés par des pairs et confrontés à la réalité du terrain.

Après un rappel du dispositif proposé par la MeaH aux services des urgences et des travaux conduits par les 41 établissements dans le cadre du projet de déploiement de 2007, ce guide présente les bonnes pratiques organisationnelles observées en quatre parties. La première est consacrée à celles ayant un impact sur l'ensemble de la prise en charge des patients, la seconde à celles ayant un impact sur une étape particulière de la prise en charge, la troisième à celles ayant un impact sur une population particulière, et la dernière aux actions managériales.



Remerciements

AP-HM Hôpital de la Conception (13) Docteur GERBEAUX Madame SEBA	Patrick Corinne	Chef de service Cadre supérieur de santé
AP-HM Hôpital sud (13) Docteur ALAZIA	Marc	Chef de service
AP-HM Hôpitaux nord (13) Docteur JEAN	Philippe	Chef de service
Centre hospitalier d'Abbeville (80) Docteur KFOURY Madame SEILLIER	Michel Laurence	Chef de Service Cadre supérieure
Centre hospitalier d'Agen (47) Madame CADOT Madame CARNEJAC Docteur NIAMKE DEDE	Christine Nadine Serge	Cadre supérieur de santé Gestion des risques – qualité Cadre de santé pôle urgence Médecin urgentiste
Centre hospitalier d'Alès (30) Madame FERRIEU Docteur MERABET	Isabelle Fouad	Cadre de santé Responsable de l'unité fonctionnelle URGENCES-SMUR
Centre hospitalier de Bastia (20) Docteur LAMBERT Madame MORA Monsieur TARDI	Joelle Christelle Antoine	Chef de service Cadre de santé Directeur adjoint
Centre hospitalier de Cambrai (59) Monsieur MERCIER Docteur POLLET	Philippe Dominique	Directeur référant pôle urgences / imagerie Praticien Hospitalier urgentiste
Centre hospitalier de Cayenne (973) Monsieur PAUCHARD Monsieur PECKER	Pierre Sébastien	Directeur Directeur adjoint
Centre hospitalier de Chalon sur Saône (71) Docteur BARONDEAU LEURET Madame LHERMITTE	Agnès Sandrine	Chef de service Cadre infirmier
Centre hospitalier de Charleville Mézières (08) Docteur CHRETIEN Madame LECLERCQ	Claudine Sylvie	Chef de service Cadre IADE
Centre hospitalier de Landerneau (29) Madame BLEAS Docteur TRAN	Jocelyne David	Cadre de santé Chef de service
Centre hospitalier de Langon (33) Madame FERRE Madame LAPORTE Docteur TOUCHARD	Laurence Myriam Philippe	Cadre de santé Cadre de santé Chef de service
Centre hospitalier de Laon (02) Docteur LEMAIRE Madame TRIFFAUX	Emmanuella Anne Sophie	Chef de service Cadre de santé
Centre hospitalier de Perpignan (66) Docteur BLENET Madame CAMPI	Jean Christophe Isabelle	Chef de service Cadre de santé
Centre hospitalier de Rodez (12) Docteur ALAUZET Madame BOURGUINE	Elise Sophie	Chef de service Directrice des Affaires Médicales
Centre hospitalier de Roubaix (59) Docteur BABE	Marie Anne	Chef de service



Madame DESMETTRE Docteur D'HALLUIN	Marcelle Jean Pierre	Cadre supérieur de santé Président de la Commission des admissions non programmées
Centre hospitalier de Royan (17) Docteur GABE	Jean Luc	Chef de service
Centre hospitalier de Saint Brieuc (22) Docteur ROTHE	M. Rose	Chef de service
Centre hospitalier de Troyes (10) Madame REGNIER Docteur RUBIN	Nicolle Brigitte	Cadre supérieur de santé Chef de service
Centre hospitalier de Vendôme (41) Madame BESNARD Madame LEPRETRE Docteur RADAODY	Véronique Thérèse Karl	Cadre de santé Directrice des soins Chef de service
Centre hospitalier Gabriel Martin (974) Docteur MORBIDELLI	Philippe	Chef de service
Centre hospitalier Moulins Yzeure (03) Docteur HERNANDEZ Madame VEZIRIAN	Gilles Dominique	Responsable d'Unité Fonctionnelle urgence Cadre infirmière
Centre hospitalier Quesnay – Mantes la Jolie (78) Docteur JUSTINIEN Madame VIEULOUPE	Corinne Brigitte	Chef de service des urgences SMUR Cadre de santé
CHI de Castres Mazamet (81) Docteur BOULARAN Madame MARTIN Madame ENJALBERT	Josiane Isabelle Marie Christie	PH responsable UF SAU Directrice adjointe Cadre de santé
CHI de Créteil (94) Madame ABITBOL Madame AUTRET Docteur BAL	Isabelle Christel Jean Pierre	Cadre supérieur de santé Cadre de santé Chef de service
CHI de Villeneuve Saint Georges (94) Docteur BERGERON Monsieur GESTA	Corinne Maxime	Chef de service Cadre supérieur de santé
CHI des Portes de l'Oise (60) Madame CHAPELLE Docteur JACQUES	Valérie Eric	Directrice des Affaires Médicales Chef de service
CHI Les Hôpitaux du Léman (74) Monsieur KARCH Docteur TAVERNIER	Jean Danielle	Cadre de santé Praticien Hospitalier responsable SAU-SMUR
CHR d'Orléans (45) Madame BEBIN Monsieur CHARLOT Docteur PIROELLE Docteur SEGALIN	Brigitte André Bruno Valérie	Cadre de santé Directeur délégué Chef de service Médecin urgentiste
CHRU de Lille (59) Docteur JAUMAIN Docteur SMAITI	Hélène Nadia	Anesthésiste réanimateur Médecin urgentiste
CHU de Nantes (44) Monsieur DUIGOU Docteur DUVAL Pr POTEI	Bernard Gilbert Gilles	Cadre de santé Praticien Hospitalier Chef de service
CHU d'Amiens (80) Madame LHERITIER Docteur ROMEO	Claudie Bernard	Cadre de santé urgence pédiatrique
CHU de Besançon (25)		



Docteur DESMETTRE Madame BARON	Thibaut Anne Françoise	Responsable UHCD Cadre IADE
CHU de Caen (14) Madame BANTAS Madame LEROUX	Bernadette Catherine	Cadre de santé Médecin urgentiste
CHU de Poitiers (86) Monsieur HARDY Madame NEVEU Docteur ROUFFINEAU	Olivier Suzanne Jean	Cadre de santé Cadre de santé Chef de service
Hôpital Henri Mondor (94) Docteur RENAUD	Bertrand	Chef de service
Hôpitaux Drôme Nord (26) Docteur GENEVEY Madame LABY	Pierre Marie Claude	Chef de service Cadre supérieur de santé
ADOPALE M. KRIEF	Jonathan	Associé
AGAMUS Consult M. STEPHANY	Didier	Directeur
AGEAL Conseil Docteur NATHAN	Guillaume	Directeur associé
FACTEA M. D'ORTHO	Bernard	Consultant senior
ORGA Consultant Mme JARRY LEVEQUE	Sandrine	Consultante senior
OXIANE M. DURAND	Christophe	Directeur
PERSPECTIVE M. PAULY	Bruno	Consultant senior
SANESCO Docteur COLLIN	Jean Noël	Directeur Général
Et leurs équipes		



Rappel du dispositif proposé par la MeaH

Des chantiers « pilotes » au dispositif de déploiement

Parfois stigmatisé par le public et les médias, l'allongement du temps de passage dans les services d'accueil des urgences est la conséquence d'une augmentation de la fréquentation de ces services. Cet allongement est un facteur de moindre qualité du service rendu et une source d'insatisfaction, tant pour les usagers que les professionnels.

Trois chantiers ont été conduits depuis 2003. Le premier chantier conduit auprès de huit établissements volontaires visait à analyser les améliorations possibles en menant une démarche en quatre phases :

- Recueillir les temps de passage et conduire une description qualitative et quantitative de l'organisation des services
- Rechercher des liens entre les temps de passage, les ressources consacrées et les modalités d'organisation
- Identifier des axes d'amélioration prioritaires
- Mettre en place des actions choisies et évaluer les résultats obtenus

Ces travaux exploratoires ont permis d'observer des situations difficilement acceptables :

- « des temps de passage qui excèdent 6 heures pour une prise en charge qui aurait pu durer une heure »
- « des attentes d'hospitalisation de plus de 24 heures (nuits couloirs) »
- « des patients qui, las d'attendre, quittent le service avant les soins »

Ils ont également contribué à constituer une base de données de temps de passage, d'identifier la formation des goulots d'étranglement et de repérer les catégories de patients qui subissent les plus longs délais d'attente.

L'analyse organisationnelle réalisée pour chaque service a conduit à la définition de plans d'actions dans le but de diminuer ces délais. Ces travaux ont également contribué à améliorer les méthodes et les outils d'analyse de l'organisation des services d'accueil des urgences.

Dans le cadre de ce premier chantier, les professionnels des urgences ont démontré qu'il était possible, à l'aide de solutions organisationnelles d'apporter des améliorations :

- Certains ont ainsi obtenu des réductions sensibles des délais de prise en charge (4 établissements sur 8) ;
- Malgré l'augmentation de leur activité et/ou de leur taux d'hospitalisation, deux services sont parvenus à stabiliser le temps de passage des patients ;
- La proportion de patients pris en charge en plus de 6 heures a diminué de près de 10 % dans deux services et de 20 % dans deux autres ;
- La proportion de patients pris en charge en plus de 8 heures a diminué dans 5 sites jusqu'à 30 % selon les services ;
- La proportion de patients pris en charge en plus de 10 heures a diminué dans 6 services sur 7, cette diminution atteignant plus de 50 % dans un site ;
- La proportion de patients pris en charge en plus de 12 heures a diminué de près de 60 % dans un site et de plus de 70 % dans un autre service.

Pour diffuser ces premières expériences, la MeaH a produit des rapports d'étape et publié un ouvrage « Recueil de bonnes pratiques organisationnelles » aux Editions Berger Levrault.

Ces premiers travaux ont aussi confirmé l'attente des professionnels en matière de conseil et d'accompagnement dans l'amélioration du service rendu au patient. Ils ont été ensuite enrichis par un chantier d'approfondissement. Cette seconde vague a permis à neuf services d'accueil des urgences de définir des objectifs spécifiques tant sur le pilotage de l'activité (mieux exprimer et communiquer les objectifs, améliorer la capacité à suivre les temps de passage dans la durée et être capable de mieux rendre compte des résultats) que sur la sectorisation (définition et déclinaison de la fonction de médecin coordonnateur). Ce chantier a également vu une première médicalisation des objectifs poursuivis par les établissements.



Ces résultats obtenus ont fait l'objet de publications de différents rapports, mais aussi d'un colloque en 2007 qui a regroupé 142 professionnels de 97 établissements.



Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences
Retours d'expériences
Tome 2



Il restait toutefois que le nombre d'établissements qui bénéficiaient du dispositif demeurait restreint et le déploiement des travaux limité à une vingtaine d'établissements. La MeaH a donc souhaité accompagner un plus grand nombre d'établissements volontaires dans ce type de démarche d'amélioration et diffuser plus largement les « bonnes pratiques organisationnelles ». Pour cela, un dispositif de déploiement a été mis en œuvre. Il a permis d'accompagner 40 établissements en 2006, puis 41 en 2007 et 25 en 2008.

A l'issue de chaque vague de déploiement, les retours d'expérience des services d'accueil des urgences sont actualisés et diffusés. Une première mise à jour du guide de bonnes pratiques organisationnelles a été réalisée en novembre 2008 à l'issue du déploiement de 2006.

Ce guide présente à son tour les retours d'expérience des services d'urgence accompagnés en 2007.

Bref rappel du dispositif d'appui proposé aux établissements

Le dispositif proposé par la MeaH vise à accompagner des services d'accueil des urgences pour mettre en œuvre des actions d'amélioration sur la gestion et l'organisation de leurs services. Il prévoit deux types de prestations : une offre de formation afin de transférer aux professionnels les expériences de leurs collègues et les outils utilisés issus des chantiers précédents ainsi qu'un appui conseil délivré par des consultants sélectionnés par la MeaH.

L'appui est organisé en quatre grandes étapes :

- **Le lancement**
Il permet de bien cerner les priorités d'amélioration du service, de se fixer des objectifs et de définir un plan projet. L'alignement des acteurs sur les objectifs de la démarche constitue un des enjeux majeurs de cette phase. Elle s'achève par la formalisation d'une « feuille de route » partagée avec la direction et le chef de service voire la CME.
- **Le diagnostic**
Il analyse l'ensemble de l'organisation du service d'accueil des urgences, objective les temps de passages des patients par typologie de patients et nature de parcours et détaille plus précisément le périmètre d'intervention délimité. Cette phase se conclut par la formalisation d'un plan d'actions. Il doit être validé par l'ensemble des acteurs concernés (direction et professionnels concernés voire CME). La validation conditionne la suite de l'accompagnement. Dans le cas contraire, la mission financée par la MeaH peut cesser ou être reportée.
- **L'appui à la mise en œuvre**
Cette phase est consacrée à mettre en œuvre les actions qui ont été décidées. Décisive, elle mobilise en moyenne 50 à 70 % des journées de conseil allouées à chaque opération.
- **La capitalisation**
Elle constitue la dernière étape de l'accompagnement délivré aux établissements. Elle est consacrée à l'évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Elle peut donner lieu à la réalisation de colloques ou de guides de bonnes pratiques organisationnelles.

L'appui est proposé sur douze mois. Toutefois, compte tenu des contraintes des établissements et des disponibilités des professionnels, la durée effective du chantier peut s'étendre sur douze à vingt quatre mois.

Se comparer aux autres services

Un des apports des chantiers de la MeaH est de constituer au fur et à mesure des déploiements une base de données relative aux services d'accueil des urgences. Deux types d'informations sont ainsi collectés au cours des projets :

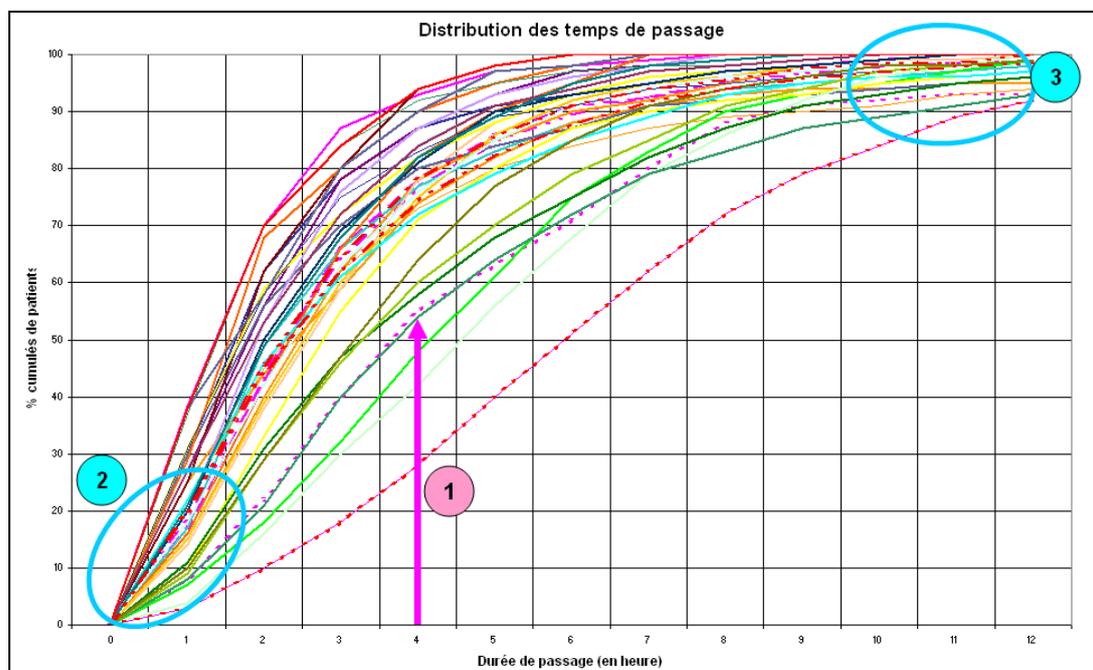
- Les données organisationnelles du service d'accueil des urgences
- Les temps de passage des patients

Ces données permettent aux différents services de se comparer les uns aux autres. L'objectif n'est pas d'établir un classement des services en fonction de leurs temps de passage ou de la quantité de ressources utilisées, mais plutôt de leur permettre de se poser des questions afin d'améliorer leurs organisation.



Dans ce cadre, une courbe de distribution des temps de passage a été établie. Les temps correspondent aux temps de passage moyens au début du chantier.

Tableau 1 – Courbe de distribution des temps de passage



L'analyse du profil de la courbe permet de se comparer à d'autres établissements. Par exemple :

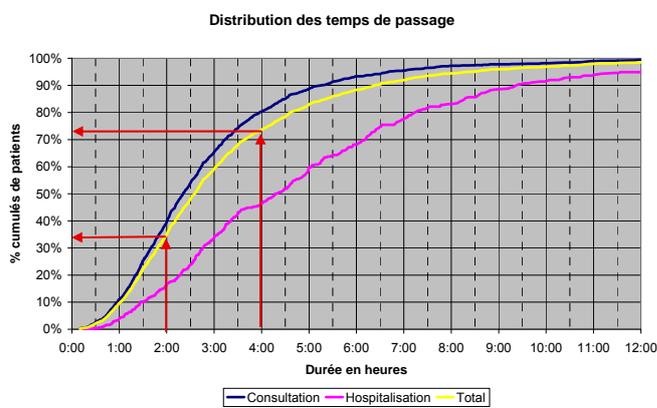
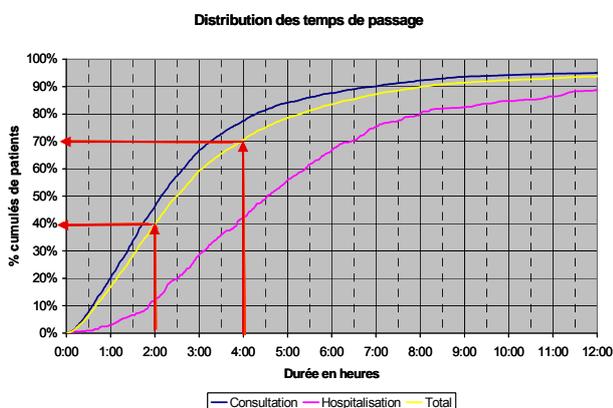
- De 28 à 94 % des patients ont quitté le service des urgences en moins de 4 heures (1)
- La première partie de la courbe permet d'appréhender l'organisation de la prise en charge des patients plutôt concernés par la petite traumatologie et les consultations « simples ». Le profil permet de s'orienter vers la mise en place d'IOA, de MAO ou d'un circuit court (2)
- La dernière partie de la courbe permet d'appréhender l'organisation de la prise en charge des patients plus lourds, au diagnostic incertain, poly-pathologiques ou de plus de 75 ans. Le profil permet de s'orienter vers la mise en place d'une filière gériatrique ou d'une amélioration de la gestion des lits d'aval (3)

Ainsi, un service pourra étudier les écarts entre sa courbe de distribution de temps de passage et celle d'un autre service d'accueil des urgences proche pour d'une part mieux prendre en compte leurs contextes (taux d'hospitalisation, taux de consultations sans acte, nombre de boxes, etc.) et d'autre part lancer des actions d'amélioration.

Dans l'exemple ci-dessous, pour deux services d'accueil des urgences proches, il existe quand même des écarts notables qui doivent être analysés :

- La rapidité de prise en charge varie de 33 à 40 % des patients sortis en moins de 2 heures
- Le taux de patients restant plus de 8 heures varie de 5 à 10 %

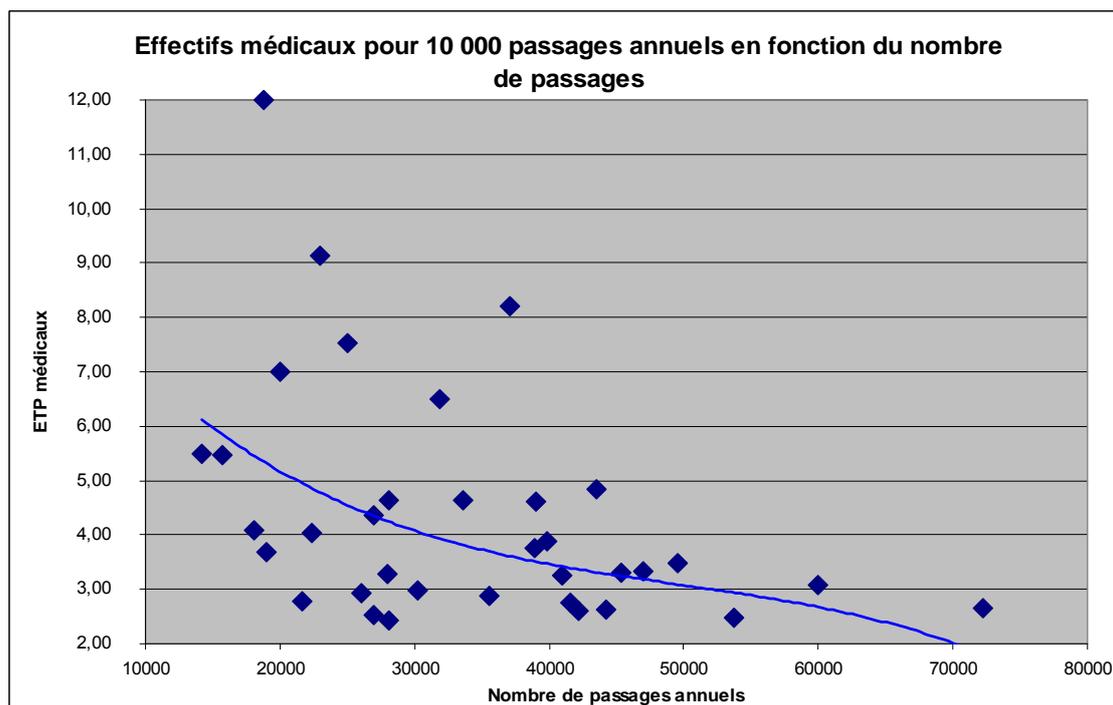
Au-delà des données liées au temps de passage, un service comprend 14 boxes sur 1 300 m² alors que l'autre dispose de 32 boxes et 3 000 m².



Les fiches utilisées pour la collecte des données sont fournies en annexes (fiche organisationnelle, description des temps de passage).

Des exemples de données de comparaison sont fournis ci-dessous. Elles sont rapportées à 10 000 passages annuels.

Tableau 2 – Effectifs médicaux pour 10 000 passages annuels



Les modalités de calcul sont 0,5 ETP pour le chef de service, 0,6 ETP par interne et 1 par médecin autre.

Au-delà de la tendance, il faut tenir compte du contexte du service d'accueil des urgences : mutualisation des effectifs entre le SMUR et le service des urgences, service des urgences multi sites devant maintenir une permanence des soins consommatrice de temps médical, etc. Ces éléments peuvent expliquer les écarts de performances entre les services.



Tableau 3 – Effectifs paramédicaux pour 10 000 passages annuels

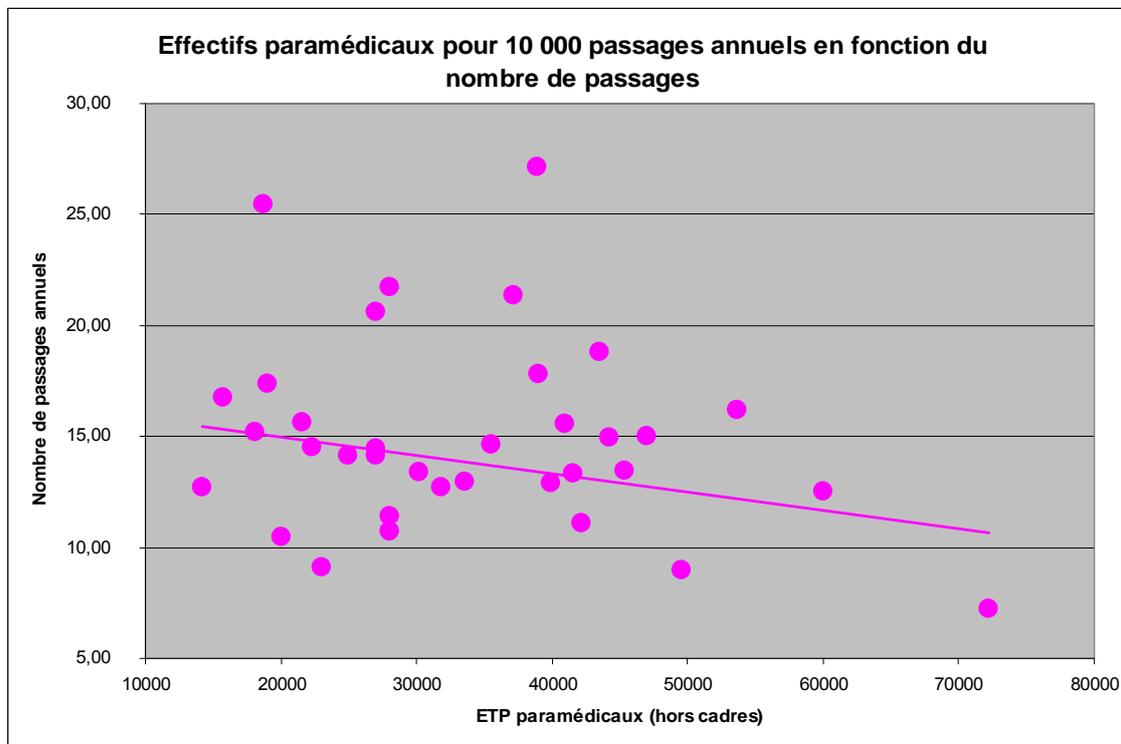
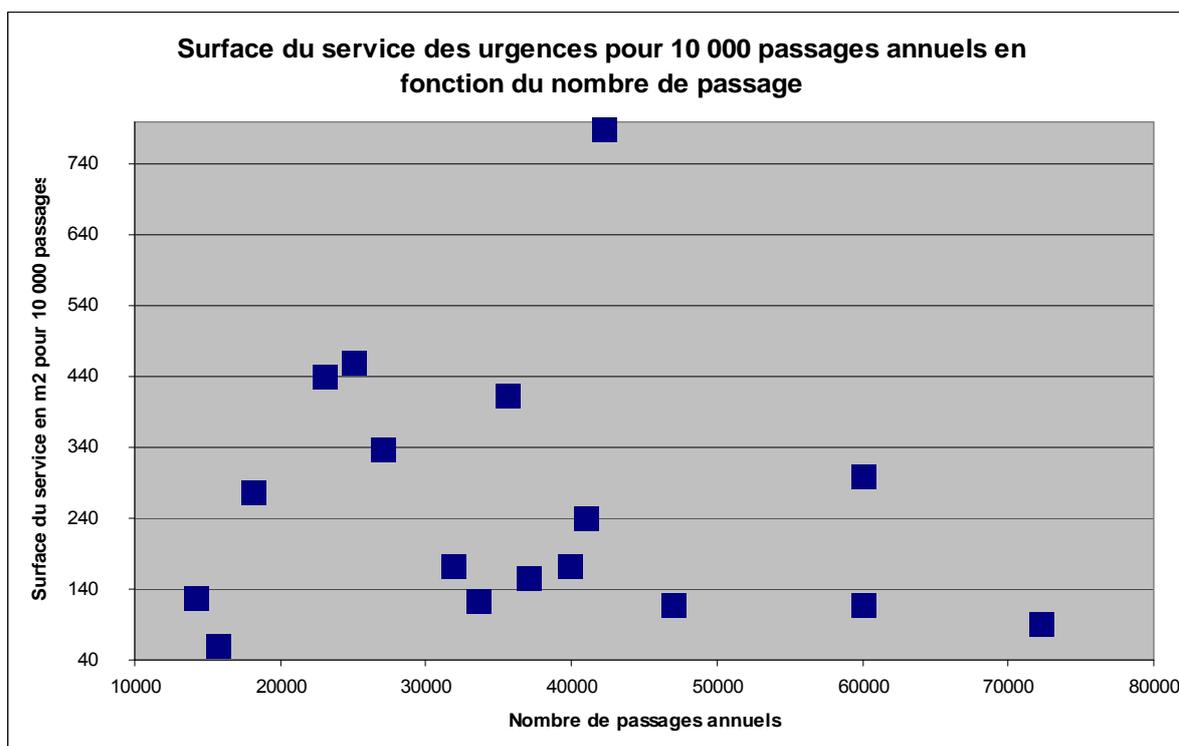


Tableau 4 – Surface du service des urgences rapporté à 10 000 passages annuels



Nous rappelons que ces chiffres sont à prendre en fonction du contexte de chaque service d'accueil des urgences.



Comparaison internationale

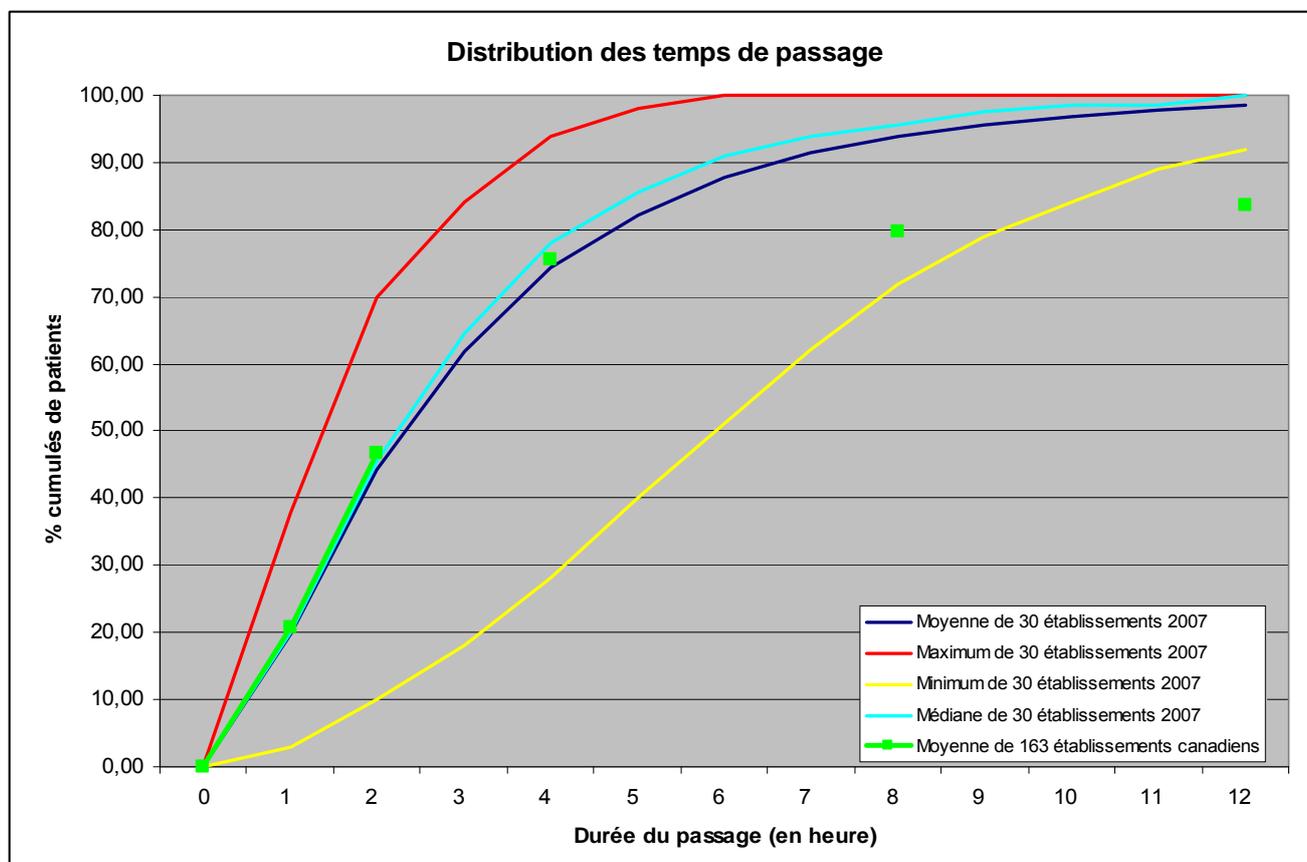
Outre une comparaison nationale, les données recueillies au cours du chantier accompagné par la MeaH offrent l'opportunité de conduire une comparaison internationale.

Une première approche donne les résultats suivants :

	Canada	40 établissements en France
Durée moyenne de séjour au service des urgences calculée entre le moment de l'admission ou du triage et celui de la sortie	128 minutes	187 minutes
Séjours de plus de 6 heures	10 % des patients	10 % des patients
Source	Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence ; Institut canadien d'information sur la santé ; 2005 – 163 services d'urgences	30 établissements accompagnés par la MeaH dans le cadre du chantier 2007

	Canada	USA	Royaume Uni	France
Pourcentage de patients passant moins de 4 heures aux services d'urgence	76 %	72 %	96 %	77 %
Période	Avril 2004 – mars 2004	2002	Avril 2004 – mars 2005	Juin 2008 – mars 2009
Sources	Visites aux urgences dans 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi que dans les établissements participants situés en Nouvelle-Écosse, en Colombie-Britannique et à l'Île-du-Prince-Édouard. Sources : SNISA, ICIS;	États-Unis : National Ambulatory Medical Survey, « 2002 Emergency Department Summary », Advance	Data (18 mars 2004); Angleterre : Department of Health, Hospital Activity Statistics, « Attendances at accident and emergency departments, minor injury units and walk in centres », Strategic Health Authorities. http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity et National Health Services, Angleterre. http://www.hesonline.nhs.uk	30 établissements accompagnés par la MeaH dans le cadre du chantier 2007

En outre, la comparaison de la courbe de distribution des temps de passage donne les éléments suivants.



Il est intéressant de constater que la partie initiale de la courbe (passage de moins de 4 heures) est similaire. L'écart se creuse pour les patients à temps de passage long. Faut-il voir un lien avec l'organisation des services : passage en UHCD pour les établissements français ?



Périmètre des travaux conduits par les quarante et un services d'accueil des urgences

Quarante et un services d'accueil des urgences accompagnés par huit cabinets conseil

Quarante et un services ont participé au chantier 2007 – 2008 :

- AP-HM Hôpital de la Conception (13)
- AP-HM Hôpital sud (13)
- AP-HM Hôpitaux nord (13)
- Centre hospitalier d'Abbeville (80)
- Centre hospitalier d'Agen (47)
- Centre hospitalier d'Alès (30)
- Centre hospitalier de Bastia (20)
- Centre hospitalier de Cambrai (59)
- Centre hospitalier de Cayenne (973)
- Centre hospitalier de Chalon sur Saône (71)
- Centre hospitalier de Charleville Mézières (08)
- Centre hospitalier de Landerneau (29)
- Centre hospitalier de Langon (33)
- Centre hospitalier de Laon (02)
- Centre hospitalier de Perpignan (66)
- Centre hospitalier de Rodez (12)
- Centre hospitalier de Roubaix (59)
- Centre hospitalier de Royan (17)
- Centre hospitalier de Saint Brieu (22)
- Centre hospitalier de Saint Quentin (02)
- Centre hospitalier de Troyes (10)
- Centre hospitalier de Vendôme (41)
- Centre hospitalier Gabriel Martin (974)
- Centre hospitalier Moulins Yzeure (03)
- Centre hospitalier Quesnay – Mantes la Jolie (78)
- CHI de Castres Mazamet (81)
- CHI de Créteil (94)
- CHI de Villeneuve Saint Georges (94)
- CHI des Portes de l'Oise (60)
- CHI Les Hôpitaux du Léman (74)
- CHR d'Orléans (45)
- CHRU de Lille (59)
- CHU de Nantes (44)
- CHU d'Amiens (80)
- CHU de Besançon (25)
- CHU de Caen (14)
- CHU de Nancy (54)
- CHU de Poitiers (86)
- Hôpital Antoine Bécclère (92)
- Hôpital Henri Mondor (94)
- Hôpitaux Drôme Nord (26)

Chaque centre a été accompagné par une équipe de consultants provenant de huit cabinets de conseil : ADOPALE, AGAMUS Consult, AGEAL Conseil, FACTEA, ORGA Consultant, OXIANE et SANESCO.

Les natures d'actions majeures mises en oeuvre

L'un des enjeux principaux de l'accompagnement proposé par la MeaH est de recentrer le service d'accueil des urgences sur les actions sur lesquelles il peut agir. Dans cette optique, les équipes se sont focalisées sur quatre axes principaux d'amélioration « à portée de main » : améliorer le circuit de prise en charge du patient au sein du service d'accueil des urgences, mieux s'articuler avec l'imagerie et le laboratoire, bénéficier plus facilement des avis spécialisés et se doter d'outils de pilotage du service.

Le tableau suivant détaille par établissement les natures d'actions majeures qui ont été conduites.



	Circuit de prise en charge du patient			Examen complémentaire		Avis spécialisé	Pilotage
	Accueil et tri	Mise en box et examen	Sortie ou hospitalisation	Imagerie	Laboratoire		
AP-HM Hôpital de la Conception (13)	X		X		X		
AP-HM Hôpital sud (13)	X		X				
AP-HM Hôpitaux nord (13)	X		X	X	X		
Centre hospitalier d'Abbeville (80)	X		X	X	X		
Centre hospitalier d'Agen (47)		X		X			X
Centre hospitalier d'Alès (30)	X		X	X	X	X	
Centre hospitalier de Bastia (20)	X		X		X		X
Centre hospitalier de Cambrai (59)	X		X	X	X		
Centre hospitalier de Cayenne (973)	X	X			X		X
Centre hospitalier de Chalon sur Saône (71)	X		X	X			X
Centre hospitalier de Charleville Mézières (08)	X	X	X				X
Centre hospitalier de Landerneau (29)	X		X		X		X
Centre hospitalier de Langon (33)	X		X	X	X		X
Centre hospitalier de Laon (02)	X	X	X			X	
Centre hospitalier de Perpignan (66)	X		X				X
Centre hospitalier de Rodez (12)	X		X				X
Centre hospitalier de Roubaix (59)	X	X	X				
Centre hospitalier de Royan (17)	X	X	X	X	X		
Centre hospitalier de Saint Briec (22)	X		X				X
Centre hospitalier de Troyes (10)	X		X				X
Centre hospitalier de Vendôme (41)	X	X			X		X
Centre hospitalier Gabriel Martin (974)	X	X	X				X
Centre hospitalier Moulins Yzeure (03)	X	X	X				X
Centre hospitalier Quesnay – Mantes la Jolie (78)	X	X	X				X
CHI de Castres Mazamet (81)	X						
CHI de Créteil (94)	X		X				X
CHI de Villeneuve Saint Georges (94)	X		X	X	X		X
CHI des Portes de l'Oise (60)	X			X			X
CHI Les Hôpitaux du Léman (74)	X		X	X	X	X	X
CHR d'Orléans (45)	X		X				X
CHRU de Lille (59)	X		X				X
CHU d'Amiens (80)	X		X	X			
CHU de Besançon (25)	X	X		X	X	X	X
CHU de Caen (14)	X	X	X	X	X	X	X
CHU de Nantes (44)	X						X
CHU de Poitiers (86)	X		X				
Hôpital Henri Mondor (94)	X	X	X	X	X	X	X
Hôpitaux Drôme Nord (26)	X		X				X
Pourcentage d'établissements concernés	97%	34%	82%	39%	42%	16%	68%



Les fiches de bonnes pratiques organisationnelles

Définition des bonnes pratiques organisationnelles observées

Les bonnes pratiques organisationnelles observées correspondent à des éléments mis en oeuvre par les services des urgences pour améliorer les temps de passage des patients.

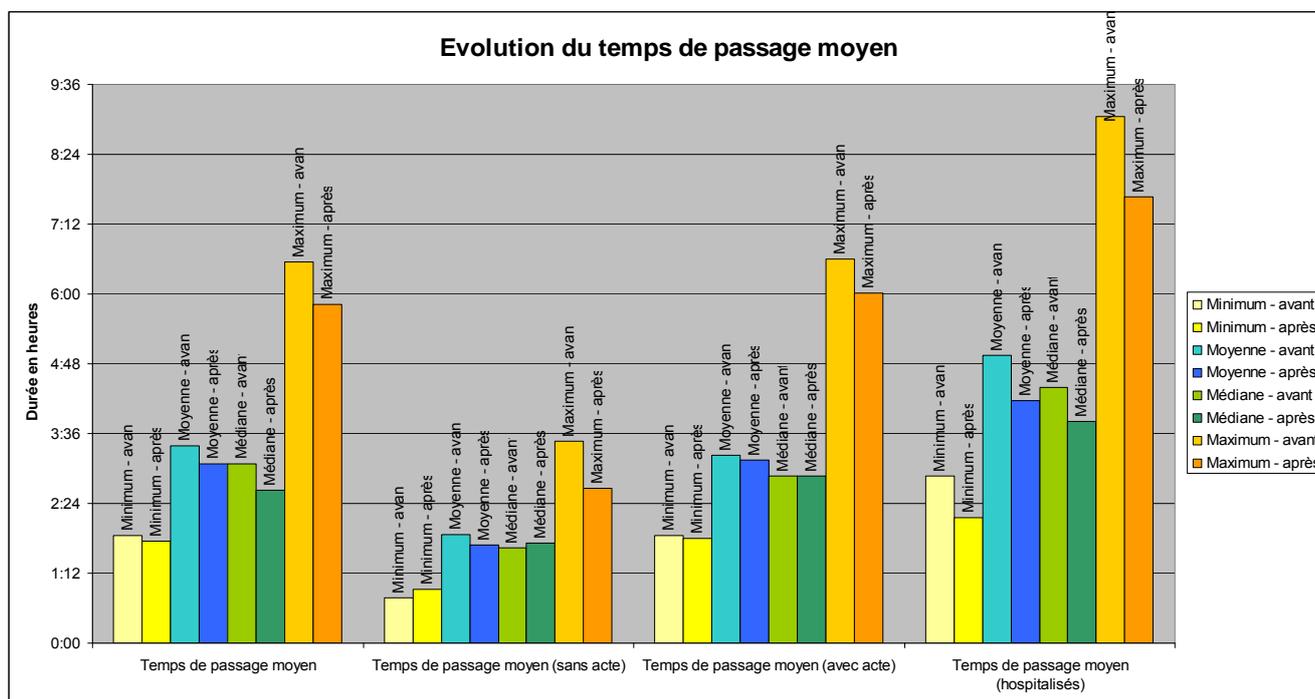
Les pratiques décrites dans ce document ont contribué à obtenir des résultats significatifs. Les gains constatés par les établissements sont :

- Une réduction de 9 % du temps de passage moyen dans un contexte général d'accroissement d'activité
- Une plus grande cohésion d'équipe et une synergie améliorée entre l'encadrement médical et soignant
- Une meilleure implication de l'ensemble des personnels dans la gestion des flux avec pour résultat l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients et l'accroissement de la solidarité entre les personnels
- Un travail transversal avec les services d'aval et les plateaux techniques
- Une dynamique d'amélioration du fonctionnement des services d'accueil des urgences
- Une mise en évidence des difficultés d'adéquation entre moyens humains et flux de patients

Par ailleurs, la diffusion de pratiques et de savoir faire s'est appliquée à :

- La méthodologie de conduite de projet qui ouvre la perspective d'un développement de projets de service plus efficaces
- La démarche d'analyse des processus et la gestion des flux
- L'approche du chemin critique pour anticiper les tâches

Le détail des évolutions quantitatives sur les temps de passage est donné dans le tableau ci-dessous.



Objet et limites des bonnes pratiques

Ce document présente de la manière la plus concrète possible des pratiques mises au point par différents services des urgences pour traiter au mieux leurs patients, compte tenu de leurs ressources, du recrutement et du contexte régional.

Chaque « bonne pratique organisationnelle observée » est décrite par trois éléments :

- Un tableau synthétique présentant la bonne pratique



- Un descriptif détaillé présentant la démarche mise en œuvre par les services d'urgences ainsi que les résultats qu'ils ont obtenus
- Des documents formalisés par les équipes des services des urgences.

Le tableau synthétique comprend :

- La problématique constatée dans les services d'accueil des urgences et à laquelle répond la bonne pratique
- L'objectif de la pratique
- Un descriptif sommaire de la bonne pratique
- Les facteurs clés de succès : c'est-à-dire les éléments à réunir pour permettre d'atteindre aisément le but recherché

Problématique	•
Objectif	•
Description de l'action envisagée	•
Facteur de succès	•
Points de vigilance	•
SAU ayant mis en œuvre la BPO	•
Outils ou documents	•
Pour aller plus loin ... autres BPO	•

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		

- Les points de vigilance : c'est-à-dire les éléments qui sont de nature à freiner, voire à obérer, la mise en œuvre de la pratique
- Les éventuels documents relatifs à la pratique (ces éléments sont fournis pour faciliter la mise en application des bonnes pratiques décrites).
- Un lien avec d'autres bonnes pratiques permettant d'aller plus loin dans la mise en place d'une bonne pratique
- Des indications sur les délais de mise en œuvre de la pratique et de la complexité liée à sa mise en œuvre
- La description détaillée de la pratique

En aucune manière ce document n'a pour objet de définir des bonnes pratiques médicales ou de préciser, modifier, voire définir des normes. Ces éléments sont du ressort des sociétés savantes ou du Ministère de la Santé.



Les bonnes pratiques impactant l'ensemble du service

Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Régulièrement, des goulots apparaissent à certaines étapes de la prise en charge des patients et une file d'attente se crée. Ceci arrive en général en période de forte activité, alors qu'une planification légèrement différente ou une anticipation des ressources nécessaires auraient permis de l'éviter. Actuellement, peu de services disposent d'un professionnel (médecin ou soignant) qui a à chaque instant une vision globale de la situation de l'ensemble des patients et dispose d'une anticipation à quelques heures, des difficultés prévisibles
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Soit créer et développer une nouvelle fonction non pas centrée sur le soin mais sur la gestion des flux patients au sein du service d'accueil des urgences. Soit sensibiliser l'ensemble de l'équipe à la notion de « gestion de flux » de patients et de « coordination de l'équipe » au sein du service et modifier les règles de fonctionnement à certaines étapes de prise en charge.
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Décrire les fonctions de coordination de flux au sein du service d'accueil des urgences et les rassembler pour former un poste. Définir les responsabilités, modes d'actions et interfaces du poste et le rattachement hiérarchique. Sensibiliser l'équipe aux notions de : <ul style="list-style-type: none"> Gestion de flux et son importance pour améliorer le fonctionnement du service en particulier dans les périodes de forte activité. Coordination des différents soignants et médecins du service et des interfaces Définir des règles de fonctionnement permettant d'améliorer les flux (à l'accueil – en box – à l'UHCD) lors des périodes de forte activité.
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> La fonction de coordonnateur n'est intéressante que dans des services de grande dimension physique et / ou de forte activité. Elle est dépendante d'une participation de l'ensemble de l'équipe à l'amélioration des flux au sein du service : <ul style="list-style-type: none"> Faire prendre conscience à l'équipe, l'encadrement en particulier, des possibilités d'amélioration par une gestion des flux. Faire accepter par l'ensemble de l'équipe du service d'accueil des urgences les instructions données par le coordonnateur de flux Définir une fiche de poste de coordonnateur de flux détaillée précise et connue de l'ensemble de l'équipe Faire participer plusieurs personnes à la définition et la réalisation de cette fonction En revanche, dans des services de taille plus réduite la définition de règles de fonctionnement différenciées peut se justifier en cas de surcharge d'activité
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Equipe non sensibilisée à la notion de gestion de flux et de coordination Nouvelles règles de fonctionnement peu ou pas appliquées Utilité non partagée par l'encadrement, en particulier médical Fonction floue et appliquée de façon hétérogène Manque d'évaluation de son utilité Difficulté, pour certains médecins, à ne pas faire que de la clinique
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> AP-HM Hôpital de la Conception Centre Hospitalier de Chalon sur Saône Centre Hospitalier de Perpignan Centre Hospitalier de Roubaix CHR d'Orléans Hôpitaux Drôme Nord



Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un Médecin Régulateur des Flux • Médecin coordinateur de flux • Outil de gestion des flux de patients • Fiche de poste de l'infirmière régulatrice de flux • Fiche de poste de l'infirmier coordinateur de flux • Nouvelle organisation d'un service des urgences
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'organisation à l'activité • Mettre en place une filière courte • Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil – IOA • Mettre en place un MAO • Mettre en place une échelle de tri • Ne pas utiliser les boxes comme salle d'attente de résultat • Permettre un rendu plus rapide des résultats de biologie au sein du service des urgences • Réaliser un état des lits périodiques • Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation • Exploiter le système informatique des urgences

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Documents

Mise en place d'un Médecin Régulateur des Flux – AP-HM Hôpital de la Conception

Mise en place d'un Médecin Régulateur des Flux

Objectif général :

- Retrouver une vision globale du service
- Assurer la fluidité de la prise en charge pour augmenter la disponibilité des ressources
- A terme vider la zone d'attente couloir

Objectif spécifique :

- Aboutir à la mise en place d'un médecin coordonnateur des flux et à la définition de deux circuits de soins : un circuit court (délais de prise en charge réduit) et un circuit long

Résultats attendus :

- Au niveau du service : Diminuer la saturation du service des urgences et la zone d'attente intérieure
- Au niveau de l'établissement : Optimiser les flux de PEC dans le cadre d'une augmentation de l'activité

Résultats cibles à 3 mois :

- Temps de passage des hospitalisés 3 h 30
- Patients présents dans le service toujours moins de 20 (à activité constante)

Indicateurs :

- Temps total moyen de passage hors filière courte
- Nombre de patients présents dans la zone de soins à une heure donnée.



Médecin coordinateur de flux – Centre Hospitalier de Chalon sur Saône

I – MISSION GENERALE DU MEDECIN COORDINATEUR DE FLUX (M.C.F)

Sa mission principale est d'améliorer la coordination au sein du service pour faciliter les prises en charge des patients par l'équipe.

Il doit permettre ainsi, surtout en période de forte activité, d'améliorer les flux de patients se présentant à l'accueil du service.

Il décharge ainsi, au maximum de ses possibilités, l'équipe médicale de ce qui ne relève pas de la clinique et du soin.

Pour ce faire :

- Il est l'interlocuteur unique des médecins hospitaliers, de l'administration de l'hôpital et des correspondants extérieurs.
- Il régule, dans la limite de ses moyens, le flux de patients en amont du SAU
- Il anticipe en lien avec l'IOA, la réalisation de certains examens complémentaires ou la recherche de lits ou des prises en charge rapides de certains patients.
- Il assure l'interface avec les services d'aval et facilite les relations avec ces derniers. Lorsque nécessaire il facilite la recherche de lits et l'hospitalisation en chambre des patients le nécessitant.

II - Fonctions

Postulat :

Le médecin coordinateur de flux est « joignable » 24 heures sur 24 au poste xxxx sur la journée et la nuit / assistants de convivialité (à basculer).

Tout changement de coordonnateur est possible dans la journée à condition que la passation du xxxx soit accompagnée de la transmission des problèmes en cours.

A - ACCUEIL

1 – EN AMONT

1. Interface avec l'amont du SAU :
 - o contact plus facile avec les médecins généralistes
 - o contact plus facile avec les structures privées ou publiques (appel du médecin qui suit régulièrement le patient à la clinique dès l'accueil).
2. Rôle d'expertise du MAO : valorise les médecins généralistes.
3. Dispense les avis médicaux téléphoniques.
4. Note les informations des médecins extérieurs.
5. Régulation médicale en amont du SAU :
 - o Réoriente vers la ville ou d'autres structures
 - o Assure les consultations directes
 - o Réalise les programmations rapides de malades vers une consultation spécialisée ou une hospitalisation.
 - o Communiquer le numéro du DECT xxxx à l'ensemble des seniors et des cadres de l'hôpital

2 – EN LIEN AVEC L'IOA

6. Le médecin coordinateur se rend régulièrement à l'accueil afin de travailler en bonne intelligence avec l'IOA auprès de qui il reste disponible 24 heures sur 24.
 - o Si absence, prévenir l'IOA
 - o Référent de l'IOA : médecin coordinateur de flux au contact de l'IOA ou facilement disponible.
7. « Priorisation » des patients à évaluer entre l'IOA et le médecin coordinateur de flux
L'IOA s'assure que les conditions d'attente des patients à l'accueil sont satisfaisantes (information aux patients)



- et à leurs familles, conditions matérielles d'attente) et informe le médecin coordinateur de flux si problème.
8. Donne un avis somatique avant la consultation psychiatrique
 9. Anticipe la réalisation d'examens complémentaires : réalisation de scanner cérébral devant un patient suspect d'AVC.
 10. Favorise la prise en charge rapide des patients consultants ou graves
 11. Hospitalisation directe à l'UMU à son appréciation.

B – ROLE AU NIVEAU DES SALLES DE SOINS

12. Gère le flux en limitant au minimum le temps d'attente d'examens complémentaires et de transfert dans les services.
Le médecin coordinateur s'aide du DMU pour connaître l'activité du service des urgences.

C – ROLE VIS-A-VIS DE L'AVAL

13. Gère le flux en limitant au minimum le temps d'attente / horaire programmé de transfert dans les services.
Lien avec le service receveur pour accélérer le transfert d'un patient en cas d'arrivée des patients (ex : plus de deux « médecines » en attente).
14. En cas de plan « Lits + », fait le point avec le cadre, les médecins des salles de soins, les services et les spécialistes / pathologies.
Connaissance de la filière d'attente (DMU).
15. Assure l'Interface en aval du SAU :
 - amélioration des relations avec les services hospitaliers (consultations directes, programmations ...)
 - action couplée avec accords inter-services (Charte de l'Urgence).



Outil de gestion des flux de patients – Hôpitaux Drôme Nord

L'outil de gestion des flux de patients utilisé par l'IOA et/ou le MAO à l'accueil a été complètement remis à plat afin d'en faire un véritable tableau de suivi du parcours patient au SAU, consultable par l'ensemble des acteurs du service.

Ce tableau répond à une triple préoccupation :

- Permettre à l'IOA de :
 - Piloter l'activité du SAU
 - Allouer les ressources : identifier le binôme médecin infirmier responsable du patient
 - Piloter les délais : avoir un rôle d'alerte sur les délais d'attente
 - Suivre le dossier patient : récupération des analyses, radios, classement, relance binôme...
- Avoir une vision complète du parcours patient au SAU : Pouvoir situer le patient dans son parcours pour être en mesure d'informer :
 - Le personnel médical et paramédical du SAU
 - Les services de spécialité, les services médico-techniques...
 - Le patient, les accompagnants
- Être un outil de mesure transitoire des délais de passage aux urgences (en attendant l'informatisation). Ainsi, les feuilles sont archivées pour permettre des mesures ponctuelles a posteriori des délais de passage aux urgences.

HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART
HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART
HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART
HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART
HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART
HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART
HEURE ARRIVEE	ETIQUETTE	MOTIF CS	DR: IDE:	LOCALISATION DU PATIENT ATTENTE : INSTALLATION :	BILAN Sanguin Piqué Résultats Scanner Radio	DEVENIR	HEURE DE DEPART

AC : Attente Couchée AS : Attente Assise Couloir, A B D1 D2 C C1 C2

Des seuils de performance ont été définis en termes :

- De délais de prise en charge médicale : dans ce cas, ils sont fonction de l'indice de gravité relatif à l'état du patient et de l'âge du patient.



Délais de prise en charge médicale	0 – 2 mois	2 mois – 3 ans	3 ans – 15 ans	15 ans -75 ans	+ de 75 ans
Indice de gravité 1	Immédiat	Immédiat	Immédiat	Immédiat	Immédiat
Indice de gravité 2	Immédiat	15 min	15 min	15 min	15 min
Indice de gravité 3	15 min	15 min	30 min	30 min	30 min
Indice de gravité 4	15 min	15 min	15 min	15 min	15 min

- De délais de passage : dans ce cas, ils sont fonction du type de consultation et de l'âge du patient.

Délais de passage aux Urgences	0 - 3 ans	+ de 3 ans
Consultation sans acte	1h	1h30
Consultation avec acte	2h	2h30
Hospitalisation	1h la journée 1h la nuit, sous réserve de disponibilité du pédiatre	3h30



Fiche de poste de l'infirmière régulatrice de flux – Centre Hospitalier de Perpignan

INFIRMIERE REGULATRICE DE FLUX

SERVICE OU UNITE : SAU

DIRECTION DE RATTACHEMENT : DIRECTION DES SOINS

SUPERIEUR HIERARCHIQUE :

Cadres de santé

ORGANISATION DU TRAVAIL :

Horaires en 35 h soit 7h par jour sur une plage de 12h à 19h du lundi au vendredi en respectant l'amplitude réglementaire.

Tous les week-ends en repos.

Cette organisation est à l'essai. Une évaluation du dispositif en place sera diligentée par l'encadrement fin septembre 2007.

DESCRIPTION DES MISSIONS SPECIFIQUES

Objectif général

Optimiser les flux de prise en charge au SAU tant en interne qu'en externe dans les relations avec les unités d'hospitalisations de l'hôpital saint Jean ou les établissements périphériques.

Objectifs opérationnels

- ✓ Assurer le suivi de la disponibilité des lits sur l'hôpital saint Jean et les établissements périphériques,
- ✓ Assurer le suivi de la prise en charge dans le circuit interne du SAU, notamment veiller en permanence à la localisation d'un patient dans le circuit,
- ✓ Coordonner et gérer les informations liées aux prises en charge pour les gérer en direction des personnes ressources,
- ✓ Assurer l'interface entre l'équipe médicale et les unités d'hospitalisation,
- ✓ Orienter vers les personnes ressources les demandes d'informations des familles, des médecins traitants, des établissements d'origine des patients,
- ✓ Assurer l'interface entre le SAU et le service transport malades,
- ✓ Anticiper les événements à venir et donner l'alerte au niveau hiérarchique en cas de besoin,

COMPETENCES ESSENTIELLES

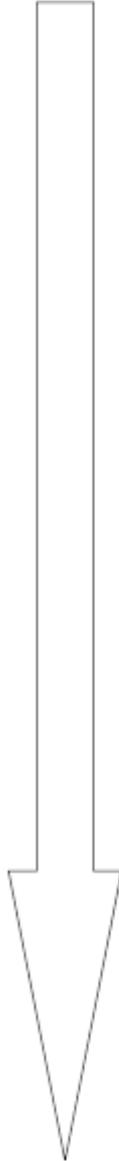
- ✓ Expertise clinique dans l'activité infirmière d'urgence
- ✓ Contrôle de soi
- ✓ Capacité d'adaptation et de réactivité,
- ✓ Capacité d'organisation,
- ✓ Capacité relationnelle : tact et diplomatie
- ✓ Capacité à se positionner face aux équipes
- ✓ autorité

fiche de poste est susceptible de modification en fonction de l'évaluation de la période d'expérimentation et de l'évolution organisationnelle du SAU.



Centre Hospitalier de Perpignan

Liste de tâches poste IRF

- 
- 9h : Tour du service des patients restant de la nuit : patient par filière**
Relevé des patients avec étiquette /secteur
- 10h : Top horaire avec médecin référent/cadre/IAO**
- 12 h : Arrivée de l'IRF**
12h15 : relève cadre-IRF
12h30 : Point en UHCD : devenir notés sur le tableau de planification des patients
Recherche de lits
- 13h/13h30 : Choix et orientation des patients**
13h30 : Coordination avec ambulances
Information des familles et patient
- 14h : Top horaire**
14h15 : Tour des patients couloir
14h30 : Positionnement sur le tri :
- Devenir noté sur les dossiers des patients présents de + 12h-
- Coordination des transferts
- Découverte des nouveaux dossiers
- 15h /15h30 : Point sur l'ensemble des secteurs**
- 16h : Pause**
16h30 : Positionnement sur l'accueil et non le tri
- 17h : Top horaire orienté vers l'UHCD (autorisation d'entrée par médecin référent et disponibilité des lits de tous les services**
- 18h : Recherche des mutations et coordination.**

-Souhait si élargissement de l'activité
- activités réalisées



Fiche de poste de l'infirmier coordinateur de flux – Centre Hospitalier de Roubaix

SERVICE DES URGENCES ADULTES DEFINITION DE POSTE INFIRMIER (ERE) COORDINATEUR (TRICE) DE FLUX

Grade correspondant : IDE expérimenté, plusieurs années au SAU

Position dans la structure

- liaisons hiérarchiques : encadrement paramédical du SAU et Chef de service du SAU
- liaisons fonctionnelles :
 - internes : services d'hospitalisation, laboratoire, radiologie
 - externes : établissements rattachés, familles

Horaires

Les horaires sont basés sur les périodes de plus forte charge
La période de 12 h à 19 h 30, cette fonction est nécessaire 7 jours sur 7

Missions

Principales : anticiper les événements à venir pour chaque patient et déclencher chaque étape au meilleur moment pour réduire l'attente globale au sein du SAU

Mesure de performance

Diminution du temps de passage moyen au sein du SAU

Modes d'actions

- Avoir une vision globale des patients et des ressources et avoir une influence réelle sur les acteurs, proposer des alternatives immédiates en réajustant l'organisation des flux, par exemple en cas de surcharge en secteur rapide
- En temps réel :
 - Prévoir le circuit et les délais, en déduire des priorités,
 - Anticiper la situation des services (laboratoire, imagerie, spécialistes) et déclencher les relances nécessaires auprès du personnel médical et paramédical responsable du patient,
 - Anticiper la prise en charge psychiatrique des patients connus du secteur,
 - Présenter, si nécessaire, la totalité du dossier médical et paramédical au médecin responsable du patient,
 - Anticiper la situation des services d'hospitalisation ainsi que les besoins d'hospitalisation du SAU et suivre le processus d'hospitalisation (horaires et conditions)
- En temps différé :
 - Rendre compte,
 - Tenir des tableaux de bord,
 - Imaginer et mettre en place des protocoles d'anticipation, proposer des améliorations avec l'encadrement médical et paramédical du SAU



Dispositions

Le coordinateur de flux est dégagé de tout acte soignant

Il dispose d'un système lui permettant de connaître à chaque instant la situation de chaque patient du SAU

Il enregistre quotidiennement les situations conduisant à un ralentissement évitable.

Il analyse avec l'encadrement les causes de ralentissement et propose des axes d'amélioration destinés à réduire l'attente des patients.

Il participe à la formation des nouveaux arrivants.

Il vérifie l'application des procédures et protocoles de l'établissement et du SAU.

Compétences requises

Connaissances particulières :

- Connaissance du fonctionnement des services entourant le SAU : SMUR, Imagerie médicale, laboratoire, spécialistes, services d'hospitalisation
- Connaissance du circuit des patients au sein du SAU : étapes, délais

Maîtrise de :

- L'outil d'aide à la gestion des flux (clinicom)

Qualités professionnelles :

- Volonté de comprendre et de maîtriser,
- Réactivité,
- Capacité d'analyse,
- Ouverture d'esprit, imagination et initiative,
- Bon relationnel et gestion des conflits

Ce poste n'est pas considéré comme un poste de faisant fonction de Cadre de Santé



Nouvelle organisation d'un service des urgences – CHR d'Orléans

Nouvelle Organisation du SAU

Mission des services d'urgence : (circ. ministérielle n°195 du 16 avril 2003) :

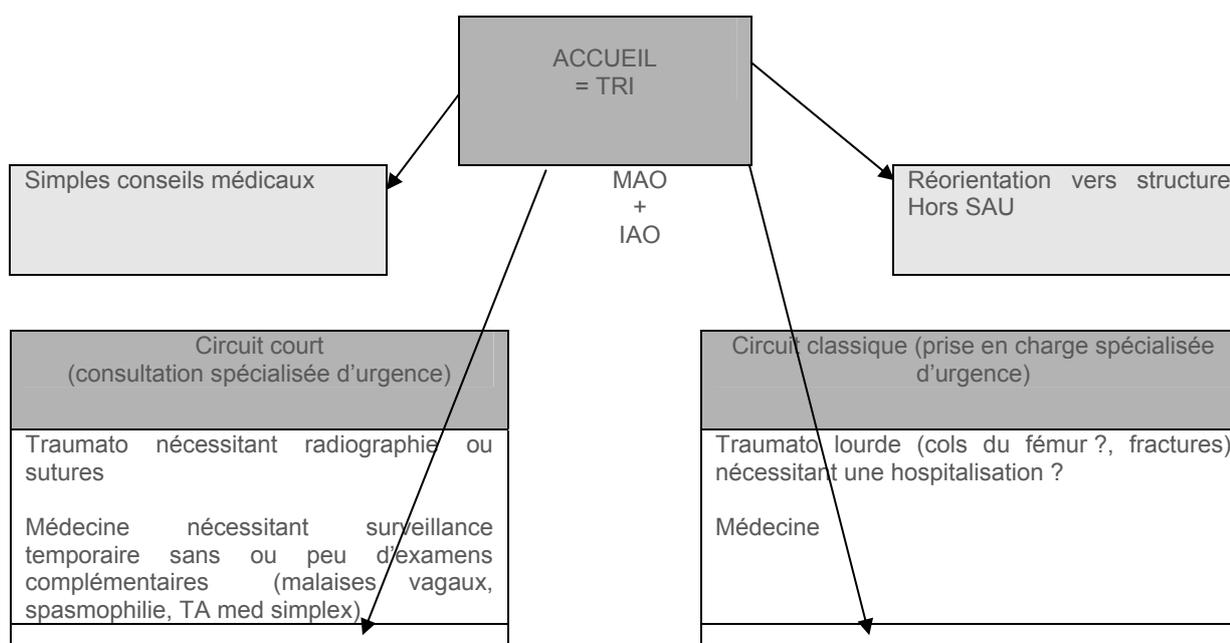
« Prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ».

Code de Santé Publique :

« Accueillir sans sélection, toute personne se présentant en situation d'urgence ».

Rapport DESCOURS :

- 1/ besoin de soins immédiats
- 2/ besoin de soins urgents
- 3/ besoin de consultation exprimée en urgence
- 4/ demandes de conseils médicaux





MAO

1/ Profil

Médecin d'expérience : chef d'UF, urgentiste polyvalent « ayant de la bouteille ».
Formation complémentaire en régulation médicale (connaissance des structures de soin alternatives, communication).
Pouvoir décisionnel et supervision respectés.
Disponibilité maximale.

2/ Rôle

1/ Interrogatoire, réorientation, conseils :

- Action de régulation à l'accueil, avec informations données aux patients sur les différents moyens possibles de recourt, sans fermer totalement la porte d'une consultation possible sur les urgences.
- Le but n'est pas de renvoyer systématiquement.
- Cette régulation s'effectue avec l'IAO et peut donc être téléphonique si l'évaluation IAO est suffisante.
- Le MAO prend la responsabilité de la décision de réorientation ou d'inscription.

2/ Evaluation et hiérarchisation des urgences

Notion de tri.

Le MAO est informé de toutes les arrivées de patients.

3/ / Récupération des renseignements auprès des effecteurs et accompagnant, notés dans le dossier.

Conditionner l'inscription potentielle du patient (si pas d'urgence vitale ou fonctionnelle immédiate) à la fourniture par l'effecteur (ambulances et SP) d'informations correctes :

- ordonnances
- coordonnées familles, témoins, aide ménagère...
- lettre du médecin (ou coordonnées au moins pour le joindre).

4/ Réception des appels SAMU et organisation des accueils SMUR

S'assurer de ménager une place à réception du SMUR, et une prise en charge médicale.

5/ Prescription d'examens radiologiques ciblés si pathologie évidente ; ECG, BIO...

6/ Prescription d'antalgiques per os ou IV.

- Traitements d'urgences, douleurs dentaires en attente, consultations.
- Prescription d'une délivrance unique à l'accueil d'antalgies simple pallier 1 ou 2 si patient non inscrit et réorienté (dans l'attente d'une prise en charge alternative au SAU)

7/ Rédaction d'un dossier type « dossier de régulation » sous centaure 15, en cas de réorientation ou conseil simple.

- Trace du passage du patient aux urgences.
- Dossier accessible au centre 15 en cas de rappel du patient au 15.
- Prise en compte de cette activité dans l'activité du DMU.

8/ Répartition du travail sur les filières,

- En fonction du flux, du temps d'attente des dossiers.
- Désignation des médecins responsables si urgences immédiates ou SMUR

9/ Prise de contact avec les spécialistes en première intention si les patients leur sont adressés.

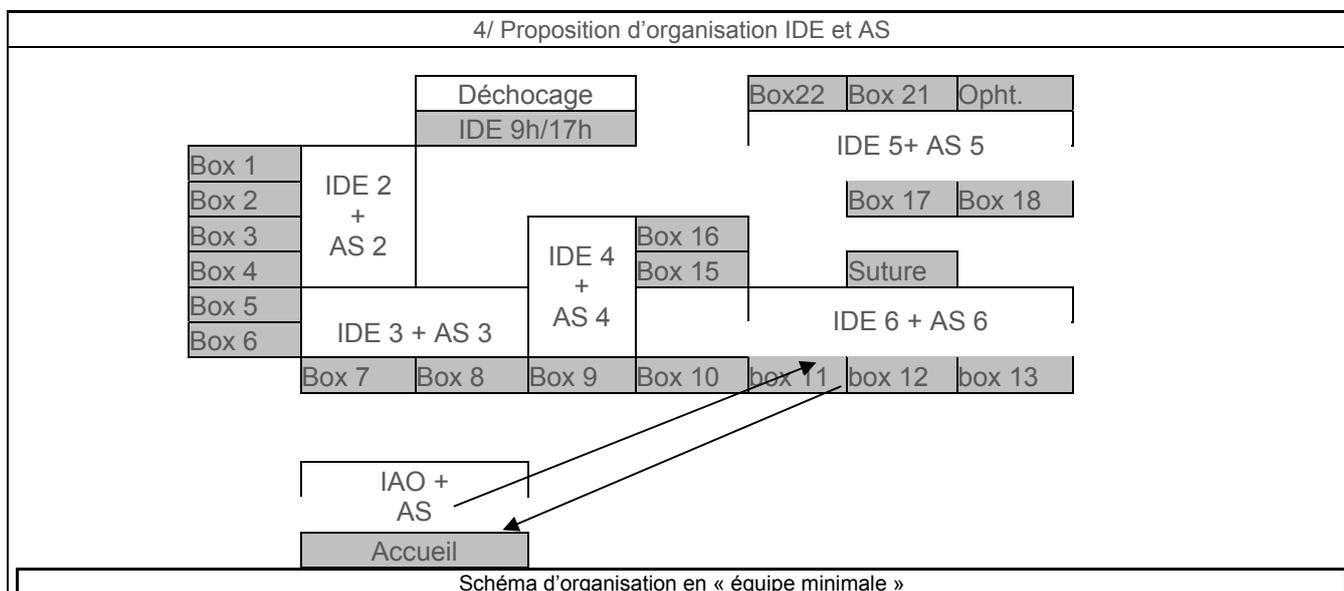
- Notification de l'heure d'appel et du nom du spécialiste.
- Appels enregistrés.

10/ Gestion des patients de la filière courte

La priorité est le tri de l'accueil.



3/ Hiérarchisation médicale
<p>4 niveaux d'urgence en régulation médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • R1 : urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation • R2 : urgence vraie sans détresse vitale, nécessitant une prise en charge dans un délai adapté • R3 : recours à la permanence de soin, le délai ne constitue pas un facteur de risque en soi • R4 : conseil médical et thérapeutique simple. <p>4 niveaux d'urgence à l'accueil médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • U1 : urgence vitale patente ou latente imposant la prise en charge médicale immédiate • U2 : urgence vraie sans détresse vitale, nécessitant une prise en charge dans un délai adapté (< 1h ?) • U3 : recours à la permanence de soin, le délai ne constitue pas un facteur de risque en soi • U4 : conseil médical et thérapeutique simple. <p>IAO</p>
1/ Profil
<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 2¹ ans d'expérience des urgences. Une 2eme IAO (possible moins expérimentée). • Polyvalence recommandée. • Formation brève à la régulation, et à CENTAURE 15. • IDE qui doit être une référence (expérience, compétence....) : formation IAO, formation complémentaire sur le tri et les grands symptômes.
2/ Rôle
<ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} contact, détermination du motif de recours • Hiérarchisation des prises en charges. • Prises de constantes initiales. • Information du MAO (téléphonique ou directe) et gestion commune des décisions de réorientation ou d'inscription des patients qui se présentent. • Ouverture du dossier centaure 15 de régulation pour les patients réorientés. • Antalgie simple éventuelle (pallier 1, voir 2, Formation complémentaire à la PeC de la douleur ?) : prévoir un point d'eau, et une mini pharmacie d'antalgiques. • Gestion de la répartition des box. • Gestion de la répartition du travail infirmier dans les différents secteurs (chef d'orchestre) du SAU.
3/ Hiérarchisation IAO
<p>3 niveaux de priorité pour les permanenciers auxiliaires de régulation médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • P0 : déclenchement SMUR réflexe et régulation prioritaire • P1 : régulation immédiate • P2 : régulation qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations étant en cours. <p>4 niveaux de prise en charge IAO envisageables ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A0 : urgence vitale immédiate nécessitant des gestes de réanimation • A1 : demande d'avis médical immédiat • A2 : demande d'avis médical différé (patient qui peut être mis en attente de l'avis médical) • A3 : conseil et / ou réorientation vers une permanence de soin.



Filière courte

Serait essentiellement organisée et gérée par le MAO : résolution des dossiers par ce dernier et/ou sollicitation d'un collègue (interne ?) pour aide si besoin.

Prévoir des box dédiés à cette prise en charge (mini salle d'attente (Box 11), un box d'examen (Box 12), +/- un box de surveillance courte (Box13)).

Proposition de types de pathologies dédiées :

- surveillance de « désamorçage » (spasmophilie) ;
- radiologie simple et ciblée (entorse ottawa +, lésion bien identifiée cliniquement et unique), trauma simple
- Suture simple (plaies simples non délabrées)
- CNH
- Pansements simples (brûlures)
- Ophtalmo
- Intoxication médicamenteuse légère (gestion et orientation rapide en HTCD)

Gestion de l'U2 simplex.

En théorie l'U3 et U4 est réorientée dès l'accueil.

L'avantage est que cette filière peut exister le WE.

Cela garantit le fait que sur 3 ou 4 médecins présents, 1 est délégué au poste de MAO (et participe à la filière courte).

Le tri à l'accueil est la priorité du MAO (disponibilité téléphonique ++).

« Circuit classique »

Patients potentiellement à hospitaliser ou nécessitant des examens (biologie entre autre) avec durée d'attente au SAU avant décision d'hospitalisation.

Pas de ligne de démarcation médecine / chirurgie : gestion commune, partagée et en équipe des dossiers par les médecins.

Les dossiers sont déjà hiérarchisés par le MAO.

Sectorisation des IDE.

Les internes de garde les soirs et WE prendront préférentiellement leurs dossiers chir / med, et participation à la filière courte.



Partager et définir les règles de fonctionnement du service d'accueil des urgences

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Les pratiques des différents acteurs intervenant dans un service d'accueil des urgences sont fréquemment très hétérogènes. Le plus souvent, le personnel soignant s'adapte à l'urgentiste et le système informatique est utilisé plus comme une contrainte qu'un moyen.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Définir un mode de fonctionnement « optimisé », partagé et appliqué par l'ensemble du personnel
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les différentes pratiques et obtenir le consensus sur la « meilleure » façon de travailler : qui fait quoi et comment Documenter ces « bonnes pratiques » sous forme de procédures simples Recueillir les commentaires de l'ensemble de l'équipe Adapter ces procédures en fonction des commentaires retenus Adapter l'outil informatique (si nécessaire) et informer le personnel sur la bonne utilisation de l'outil Appliquer ces nouvelles procédures
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Implication et adhésion des acteurs
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le personnel est formé pour une bonne utilisation de l'outil informatique
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> AP-HM Hôpital de la Conception Centre Hospitalier d'Agen Centre Hospitalier de Charleville Mézières Centre Hospitalier de Landerneau Centre Hospitalier de Rodez CHI Les hôpitaux du Léman Hôpitaux Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Description du processus de prise en charge d'une personne se présentant au service d'accueil des urgences Proposition d'une nouvelle organisation pour l'admission des patients Guide de bonnes pratiques dans le service des urgences Processus de gestion différenciée des patients Fiches de transmission Procédure de transmission d'appels du standard vers le service des urgences Organisation paramédicale
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge initiale avec des protocoles spécifiques Formaliser des protocoles pour contacter les spécialistes Fiches de poste

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

Constituer un groupe de travail avec des représentants de tous les postes concernés, le nombre d'acteurs reste dépendant de la taille du service :

- Médecins urgentistes
- IDE
- IOA
- AS
- Support ponctuel de l' « accueil », du secrétariat médical et de l'informatique

Il convient d'impliquer également les équipes de jour et de nuit.

La démarche

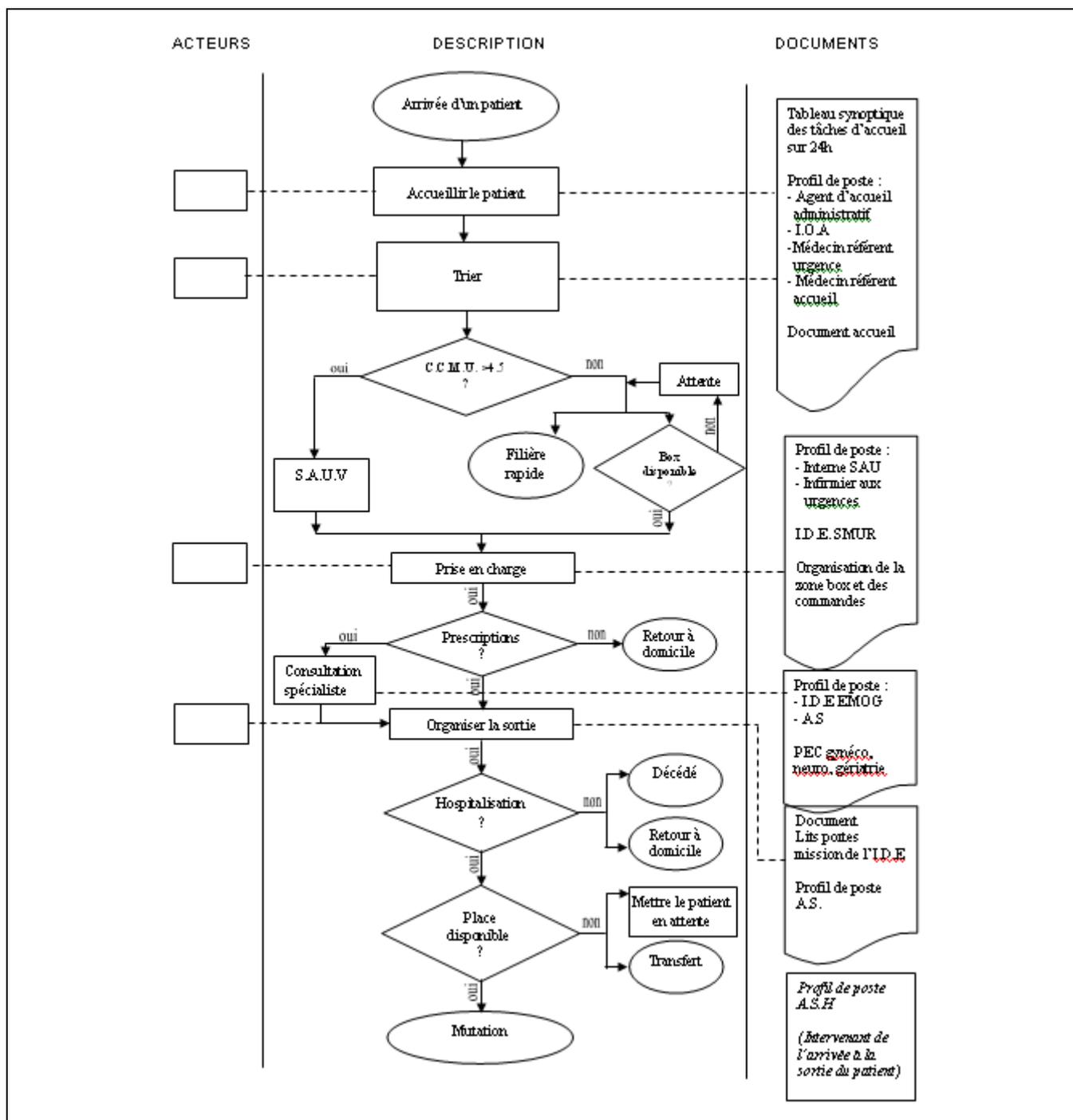
La démarche est décomposée en sept étapes :

- Recenser les étapes du processus posant problème
- Identifier les différentes façons de travailler ; les avantages et inconvénients des différentes pratiques et en déduire la « meilleure façon de procéder »
- Documenter ces procédures sous forme de documents simples et compréhensibles de tous.
- Faire critiquer ces procédures par l'ensemble du personnel et recueillir les commentaires.
- Reformuler les procédures en intégrant les commentaires retenus par le groupe.
- Adapter l'outil informatique si nécessaire
- Mettre en application par des informations en réunion de service, voire un émargement des procédures par l'ensemble du personnel et suivre la mise en œuvre (utilisation possible de l'outil informatique).



Documents

Description du processus de prise en charge d'une personne se présentant au service d'accueil des urgences – Centre Hospitalier d'Agen





Proposition d'une nouvelle organisation pour l'admission des patients– AP-HM Hôpital de la Conception

PROPOSITION D'UNE NOUVELLE ORGANISATION POUR L'ADMISSION DES PATIENTS

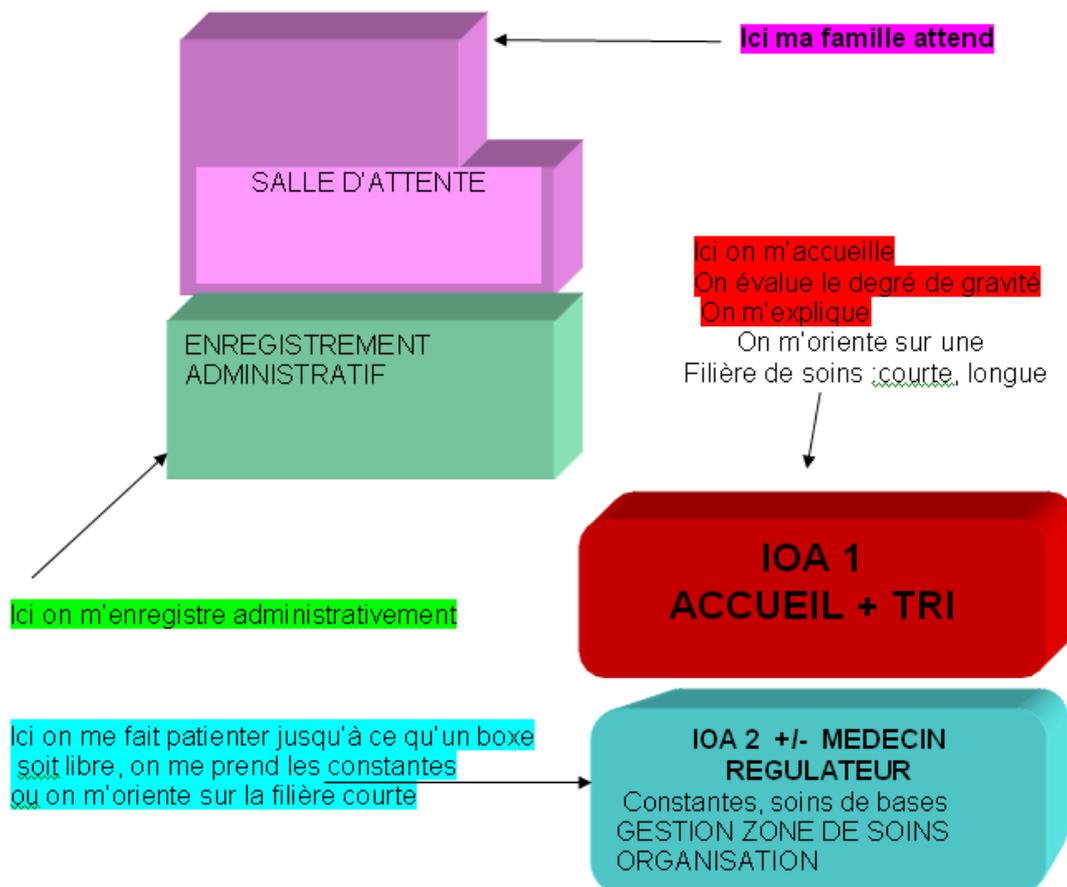
Situation actuelle : Une zone d'accueil, d'information, et une zone d'attente.

Les modifications proposées sont basées sur le déplacement et l'individualisation des soins en dehors de ce périmètre.

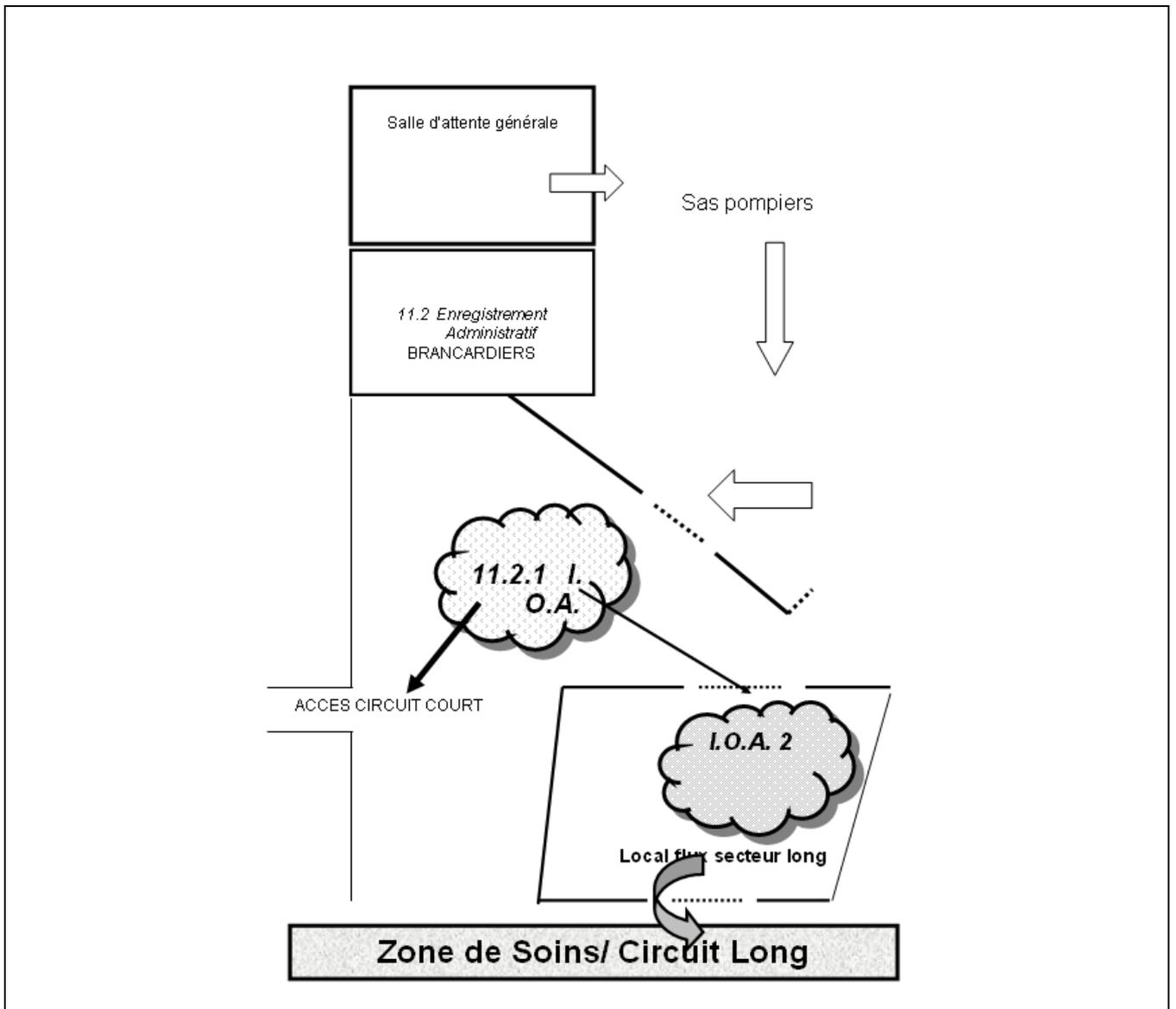
Permettant :

- Un accueil personnalisé et un tri par l'IOA DE TRI, tous les patients arrivant au SAU sont orientés vers elle : fléchage au sol à partir de la salle d'attente, banque d'accueil entre les deux portes du SAS d'entrée
- Une organisation et une gestion de la zone de soins : IOA d'organisation et gestion des soins + médecin coordonnateur
- Un enregistrement administratif qui se fera dans un deuxième temps par l'agent administratif à la demande de l'IOA de tri (vitres de l'accueil administratif occultées)
- Une attente justifiée, expliquée, comprise (situation en aval des soins) et délimitée.

Situation :



Circuits et trajectoires du patient depuis l'accueil





Guide de bonnes pratiques dans le service des urgences – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

GUIDE DE BONNES PRATIQUES DANS LE SERVICE DES URGENCES DE CHARLEVILLE-MEZIERES A L'INTENTION DU PERSONNEL PARAMEDICAL

Docteur FONTAINE (Chef de Pôle)
Madame LECLERCQ (Cadre de Pôle)
EQUIPE MEAH
2008

INTRODUCTION

Ce petit guide est destiné à améliorer la qualité de nos soins pour réaliser une meilleure prise en charge par des gestes non systématiques et plus adaptés.

LE DESHABILLAGE

Il n'est pas systématique, il est adapté à la personne, à sa mobilité, sa pathologie, et aux examens que l'on envisage

HEMOCULTURE

Quand la réaliser ?

- $T^{\circ} > 38^{\circ}5$ ou $T^{\circ} 35^{\circ}5C$,
- Frissons, sueurs profuses,
- Si notion d'hyperthermie à domicile non constatée aux Urgences, faire une seule hémoculture de principe.

Comment la réaliser ?

- Après désinfection en 4 temps
- En série de 2, la 3^{ème} n'étant réalisée qu'en cas d'évènement nouveau : pic thermique, frissons.
- La 1^{ère} prélevée lors de la pose du KT.
- La 2^{ème} prélevée obligatoirement par ponction directe avec système à hémoculture.

A noter : Le Perfalgan® peut-être administré après la 1^{ère} hémoculture si la fièvre est mal tolérée.

BILAN BIOLOGIQUE

- Le prélèvement biologique peut devancer la prescription du médecin dans l'intérêt du patient et de l'organisation du service, **mais son envoi au laboratoire doit être validé** par la prescription médicale sauf urgences vitales.
- En cas de doute sur la nécessité d'une biologie, attendre l'avis médical : **pas de bilan systématique.**

HEMOCUE

Quand le réaliser ?

- Notion d'hémorragie,
- Poly-traumatisé,
- Suspicion de grossesse extra-utérine,
- Traumatisme abdominal.

Comment le réaliser :

- sur la 2^{ème} goutte de sang capillaire
- 2 fois de suite pour établir une moyenne.



GROUPE SANGUIN

L'établissement français du sang (EFS) doit être contacté pour savoir si le patient est déjà groupé ou pas et ne repiquer que ce qui est nécessaire.

LA GLYCEMIE CAPILLAIRE

La glycémie capillaire est systématique dans les cas suivants :

- IPM et réquisition,
- Intoxication médicamenteuse,
- Ivresse aiguë,
- Trouble de la conscience,
- Malaise,
- Crise épilepsie,
- Diabétique connu,
- Découverte de diabète,
- Altération de l'état général chez la personne âgée,
- Hypothermie,
- Etat de choc.

BU-ECBU

Quand les réaliser ?

1. La Bandelette Urinaire :

- Douleur abdominale /fosse lombaire,
- Hyperthermie,
- Pose d'une sonde vésicale+ ECBU,
- Traumatisme abdo-rachis-bassin,
- Décompensation de diabète,
- Altération de l'état général chez un sujet âgé,
- Enfant : douleur abdominale ou hyperthermie,
- Affection des organes génitaux externes chez l'homme.

2. Conduite à tenir face aux résultats de BU

- Présence de glucose : contrôler glycémie capillaire.
- Présence d'acétone : signaler au médecin.
- Présence de nitrites : envoyer l'ECBU
- Présence de leuco et +/- sang : se référer au médecin.

L'ECBU pour une BU négative ne sera envoyé que sur prescription médicale.

ELECTROCARDIOGRAMME

Il n'est pas systématique.

Quand le réaliser ?

- douleur thoracique,
- dyspnée,
- douleur épigastrique,
- malaise,
- suspicion d'accident vasculaire cérébral,
- problème organique chez un patient diabétique.

Les autres électrocardiogrammes seront réalisés sur prescription médicale. En cas de doute ne pas débrancher le patient, et surtout le faire interpréter. Ne pas oublier de coller une étiquette.

REMARQUES GENERALES

- Rien n'est systématique.
- Quand un bilan a déjà été réalisé en ville, et qu'il est anormal, vérifier que cela est précisé sur le bon de biologie.
- Pour une bonne prise en charge du patient, une entente cordiale entre l'équipe médicale et paramédicale est souhaitable.



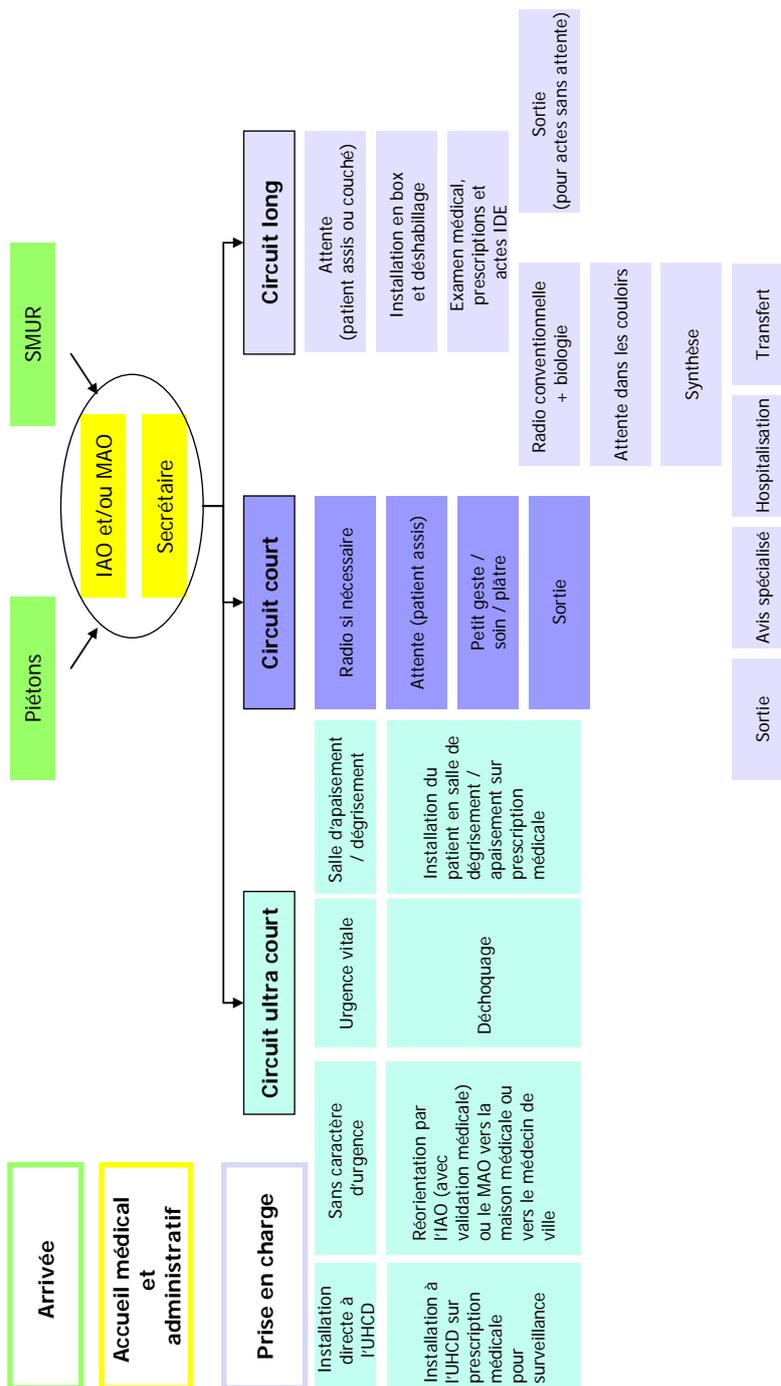
<p>CONCLUSION</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Rien n'est systématique▪ Ne pas hésiter à demander quand on ne sait pas.	<p>L'EQUIPE MEAH</p> <ul style="list-style-type: none">- Docteur Claudine Chrétien (Chef de service)- Docteur Corinne Avigliano (PH)- Docteur France Léoty (PH)- Madame Nathalie Draux (IDE)- Madame Christine Duplaix (IDE)- Madame Marylène Haas (AS)- Madame Maria Neiva (AS)
--	---



Processus de gestion différenciée des patients – Hôpitaux Drôme Nord

Un circuit patient différencié a été mis en place en fonction de la gravité de l'état du patient, de sa pathologie, de son âge, etc. : trois types de circuits du patient (circuit ultra court, circuit court et circuit long) ont été définis. Chaque circuit a été décrit de l'entrée à la sortie du patient du SAU.

L'orientation du patient vers tel ou tel type de circuit est décidée au niveau de l'accueil par le MAO ou l'IAO.





Fiches de transmission – Centre Hospitalier de Landerneau

TRANSMISSIONS UHTCD

CHAMBRE	ETIQUETTE PATIENT	DIAGNOSTIC MOTIF D'HOSPITALISATION	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	EXAMENS A REALISER AVIS SPECIALISE	ORIENTATION PREVUE
CHAMBRE 1					
CHAMBRE 2					
CHAMBRE 3					

TRANSMISSIONS URGENCES

SALLE DE SOINS	ETIQUETTE PATIENT	MEDECIN / IDE	MOTIF / DIAGNOSTIC	RESTE A FAIRE
CONSULTATIONS		MEDECIN : IDE :		
SOINS 1		MEDECIN : IDE :		
SOINS 2		MEDECIN : IDE :		
SAUV (DECHOCAGE)		MEDECIN : IDE :		



Procédure de transmission d'appels du standard vers le service des urgences – CHI Les hôpitaux du Léman

PROCEDURE DE TRANSMISSION D'APPELS DU STANDARD VERS LE SERVICE DES URGENCES

Avant de transférer un appel téléphonique vers le Service des Urgences, pouvez-vous poser deux questions à l'auteur de l'appel : pour qui est l'appel et pourquoi ?

1. A qui est destiné l'appel ?

- A un patient ?

Vérifier si le patient est présent ou non à l'hôpital.

Si oui, le localiser.

- Si il est présent dans un service d'hospitalisation, transférer l'appel dans le service concerné.
- Si est encore aux Urgences, transférer l'appel au poste xxxx.

Sinon, la personne étant sortie de l'hôpital, demander à l'auteur de l'appel de la contacter directement (pas de nouvelles transmises par téléphone de notre part).

- A un soignant ?

Si ce soignant a un bip, transférer l'appel sur le bip correspondant.

Sinon, transférer l'appel au poste xxxx.

2. Motif de l'appel ?

	Jour transférer l'appel au :	nuit et week-end transférer l'appel au :
Renseignement médical	centre 15	centre 15
Annonce de l'arrivée d'un patient	xx	xx
Prendre des nouvelles d'un patient (si il est encore présent aux Urgences)	xx	xx
Demande de certificat	xx ou xx	rappeler en journée
Résultats d'examen radio ou labo	xx	rappeler en journée



Organisation paramédicale (SAU – SMUR) – Centre Hospitalier de Rodez

ORGANISATION PARAMEDICALE

Cette organisation a pour but d'améliorer la prise en charge de TOUS les patients admis aux urgences, en assurant leur accueil, de façon précoce et adaptée, de jour comme de nuit.

Elle permet d'optimiser la continuité des soins pendant les temps de pause sans nécessiter la présence de l'IDE SMUR en remplacement des IDE en pause.

Elle précise l'organisation mise en place dans le service en janvier 2008.

Les principaux points sont les suivants :

- Les horaires de travail restent inchangés
- La fonction IOA est assurée H24 et 7j/7
- L'enregistrement administratif des patients (en l'absence des secrétaires) est assuré par 1 AS identifié de jour comme de nuit
- Les temps de pause sont échelonnés et sont pris aux heures prédéfinies.

LE JOUR

A/ coté box

Horaire	Amplitude	Poste d'affectation	Missions spécifiques associées	Horaire de pause
IDE Jb	De 07 h 45 à 20 h 15	Circuit long		De 12 h à 13 h
IDE Jb	De 07 h 45 à 20 h 15	IOA	+ prise en charge des patients du circuit court de 07 h 45 à 10 h 30	De 11 h 30 à 12 h 00 et de 16 h 00 à 16 h 30
IDE VA	De 10 h 30 à 20 h 30	Circuit court	+ IOA de 11 h 30 à 12 h 00 et de 16 h à 16 h 30	De 13 h à 13 h 30
IDE JS	De 07 h 45 à 20 h 15	SMUR	+ aide IDE box dès missions SMUR terminées	De 11 h 30 à 12 h 30 ou dès retour sortie si a eu lieu sur cet horaire

Horaire	Amplitude	Poste d'affectation	Missions spécifiques associées	Horaire de pause
AS Jb	De 07 h 45 à 20 h 15	Circuit long		
AS Jb	De 07 h 45 à 20 h 15	Circuit court	+ enregistrement administratif des patients en dehors des heures de présence des secrétaires	



B/ coté UHCD

Horaire	Amplitude	Poste d'affectation	Missions spécifiques associées	Horaire de pause
IDE Jp	De 07h45 à 20h15	UHCD		Lorsque l'activité le permet
AS Jp	De 07h45 à 20h15	UHCD		Lorsque l'activité le permet
AS JS	De 07H45 à 20H15	SMUR	+UHCD le matin dès missions SMUR terminées + Pédiatrie et box l'après midi dès missions SMUR terminées	De 11 h 30 à 12 h 30 ou dès retour sortie si a eu lieu sur cet horaire

LA NUIT

A/ coté box

Horaire	Amplitude	Poste d'affectation	Missions spécifiques associées	Horaire de pause
IDE Nb	De 20 h à 08 h 00	BOX		Lorsque l'activité le permet
IDE Nb	De 20 h à 08 h 00	IOA	+ Box en dehors de l'accueil des patients	Lorsque l'activité le permet
IDE Ns	De 20 h à 08 h 00	SMUR	+ pédiatrie à partir de 22 h 00	Dès que possible
AS Nb	De 20 h à 08 h 00	BOX	+ enregistrement administratif des patients	
AS Nb	De 20 h à 08 h 00	BOX	+ UHCD dès sortie AS SMUR et jusqu'à son retour (sauf si activité très faible avec accord IDE UHCD)	

B/ coté UHCD

Horaire	Amplitude	Poste d'affectation	Missions spécifiques associées	Horaire de pause
IDE Nb	De 20 h à 08 h 00	UHCD		Lorsque l'activité le permet
AS Ns	De 20 h à 08 h 00	SMUR	+ UHCD dès missions SMUR terminées	Dès que possible



Développer la collaboration entre les équipes SMUR et SAU

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Dans les établissements qui disposent d'un SMUR, la mutualisation des équipes du SMUR et du SAU se généralise. Toutefois, il convient de bien définir les périmètres de chaque acteur mais aussi les conditions de transferts des dossiers traités en cas de départ SMUR.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Préciser les rôles et responsabilités des acteurs du SMUR et du SAU
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Analyser les activités gérées par le SMUR au service d'accueil des urgences Quantifier le volume et la durée des sorties SMUR Formaliser l'organisation en absence de sortie SMUR
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Implication des deux équipes dans le projet
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Avoir une collaboration partielle n'impliquant que les paramédicaux ou que les médecins
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Royan Centre Hospitalier de Rodez CHI de Castres Mazamet
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Description des rôles médicaux Définition de la contribution du SMUR à l'activité des urgences Contribution du SMUR à l'activité des urgences par la sectorisation
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Documents

Description des rôles médicaux - Centre Hospitalier de Royan

ROLES MEDICAUX

Utilité des rôles médicaux

Les rôles médicaux ont un rôle de clarification de l'organisation médicale ; ils permettent notamment aux paramédicaux de se référer plus facilement au bon médecin. Cela a pour but d'améliorer la prise en charge du patient.

Attribution

L'attribution des rôles se fait quotidiennement, le matin, en inscrivant les noms et les numéros d'appel des deux référents sur le « Tableau de gardes journalier et disponibilité des places dans l'hôpital ».

Description

Description du rôle « Médecin référent UHTCD + SMUR »

Le médecin référent UHTCD + SMUR :

- Fait la visite des lits portes à 10 h et la contre-visite
- Est consulté en priorité pour des informations concernant les lits portes
- Est médecin SMUR

Description du rôle « Médecin référent Tri + Box »

Le médecin référent Tri + Box :

- Apporte son avis médical pour le tri des patients fait par l'IOA
- Organise les boxes

Mise en garde

Il est important que les références ne soient pas comprises de manière exclusive. Par exemple, un jour donné, un médecin référent Tri + Box peut intervenir à la visite des lits portes si son confrère est en sortie SMUR.



Définition de la contribution du SMUR à l'activité des urgences – Centre Hospitalier de Rodez

Initialement, les deux équipes de SMUR (SMUR H : hélicopté et SMUR T : terrestre) aidaient le SAU lorsqu'elles n'étaient pas de sortie. Mais leur contribution était peu définie et elles ne disposaient pas de « postes de travail » précis, tant en terme de fonction que d'architecture.

La contribution du SMUR a été définie selon les principes suivants :

- Le médecin SMUR Terrestre est le référent de l'IOA. Il prend en charge des patients du circuit court, où il est seul jusqu'à 12 h 30.
- Le médecin SMUR Hélicopté encadre l'interne de pédiatrie (2 boxes). Il contribue également au fonctionnement du circuit court.
- Sur les 2 IDE du SMUR, l'une est affectée à la réanimation et l'autre au circuit court

Les résultats :

La contribution du SMUR Hélicopté fonctionne très bien : les internes de pédiatrie sont encadrés et il y a eu une amélioration de la qualité et de la sécurité.

Après un démarrage difficile, la contribution du SMUR Terrestre s'améliore. Si besoin, deux scénarii pourraient être proposés aux médecins :

- Le SMUR terrestre reste sur le circuit court
- L'UHCD est confiée au SMUR Terrestre et le poste de médecin ainsi récupéré est affecté sur le circuit court dès 8 h 30



Contribution du SMUR à l'activité des urgences par la sectorisation – CHI de Castres Mazamet

Il a été décidé de mettre en place une sectorisation IDE-AS - Chauffeur SMUR-IADE. Elle est effective de 13 h à 21 h, l'effectif étant insuffisant en dehors de cette plage horaire.

Le principe de base est que les personnels soignants sont affectés à des boxes clairement identifiés. Ainsi, les médecins ont une meilleure visibilité sur le qui fait quoi au sein du service.

Cette mise en place a permis une prise en charge des patients plus rapide dans les boxes. Le gain est estimé à 2 heures par jour, soit 5 minutes par patient.

La fiche de sectorisation est donnée ci-dessous.

Date :	Salle à plâtres
IAO :	IDE :
	AS :
SOIN 5	SOIN 3
IDE :	IDE :
AS :	AS :
INTER 2	SOIN 2
IDE :	IDE :
AS :	AS :
INTER 1	SOIN 1
IDE :	IDE :
AS :	AS :
IADE : Chauffeur SMUR :	

 Sectorisation



Adapter l'organisation à l'activité

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> L'activité du service d'accueil des urgences est corrélée au flux des patients. Si la répartition dans la journée suit une courbe de répartition généralement homogène, il peut arriver des pics d'activité liés à une plus forte affluence. Dans ce cas, le service d'accueil des urgences doit faire face à ressources généralement constantes. Les services d'accueil des urgences mettent également en place des circuits de patient différenciés (circuit ultra court, circuit court et circuit long) afin de mieux piloter les flux de patients, c'est à dire les prendre en charge de manière sécuritaire et dans les meilleurs délais. Toutefois, en cas de forte affluence, le manque de pilotage des flux de patients rend la situation angoissante pour l'équipe et par répercussion pour le patient. Et cela peut être facteur de risque en matière de sécurité. A l'accueil, les IAO tentent généralement de suivre les parcours des patients, mais faute d'information, cela est souvent difficile. Les délais de prise en charge sont perçus comme étant trop longs. Mais ils ne sont pas mesurés. Aucun objectif en matière de délais d'attente et de passage n'a été fixé.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Etre en situation de faire face à une plus forte affluence de patients au niveau du service d'accueil des urgences, voire au niveau de l'établissement
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Définir des circuits de patient différenciés Mettre en œuvre un outil de visualisation des flux de patients Cadrer un système de mesure de délais, de définition de seuils de performance Créer un système d'alerte et le mettre en œuvre
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Implication des professionnels du service d'accueil des urgences Existence d'un système de pilotage et de tableaux de bord en temps réel
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Délai relatif à la mise en place d'un système informatique
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Perpignan Hôpitaux Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Définition des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité Tableau décisionnel de la situation à tenir en cas de sûr activité Procédure de la « Coordination rythmée » Fiches d'identification du niveau d'activité
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux Mettre en place une filière courte Mettre en place un MAO Mettre en place un médecin de l'avant Ne pas utiliser les boxes comme salle d'attente de résultats Les patients valides se rendent seuls dans le service d'imagerie Exploiter le système informatique des urgences

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue		
Délai de mise en place de la bonne pratique		X		
	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Cadre du service
- Urgentistes
- Infirmiers
- Responsable du SMUR

La démarche

La démarche est décomposée en trois étapes :

- Mettre en œuvre un outil de visualisation des flux de patients
- Cadrer un système de mesure de délais, de définition de seuils de performance
- Créer un système d'alerte et le mettre en œuvre

Étape 1 - Mettre en œuvre un outil de visualisation des flux de patients

L'outil de gestion des flux de patients est utilisé par l'IOA et/ou le MAO à l'accueil. Il correspond à un véritable tableau de suivi du parcours patient au SAU. Il est consultable par l'ensemble des acteurs du service.

Ce tableau répond à une double préoccupation en permettant à l'IOA de :

- Piloter l'activité du SAU
 - Allocation des ressources : identifier le binôme médecin infirmier responsable du patient
 - Pilotage des délais : avoir un rôle d'alerte sur les délais d'attente
 - Suivi du dossier patient : récupération des analyses, radios, classement, relance binôme...
- Avoir une vision complète du parcours patient au SAU : Pouvoir situer le patient dans son parcours pour être en mesure d'informer
 - Le personnel médical et paramédical du SAU
 - Les services de spécialité, les services médico – techniques ...
 - Le patient, les accompagnants

Étape 2 - Cadrer un système de mesure de délais, de définition de seuils de performance

Des seuils de performance ont été définis en termes de délais de prise en charge médicale et de délais de passage. Les premiers sont fonction de l'indice de gravité relatif à l'état du patient et de l'âge du patient. Les seconds sont fonction du type de consultation et de l'âge du patient.

Étape 3 - Créer un système d'alerte et le mettre en œuvre

Le système d'alerte doit être fondé sur des données quantitatives. Il peut s'agir d'un nombre de patients en cours de prise en charge dans le service ou par filière (circuit court, circuit long), mais aussi d'une dégradation du temps d'attente ou encore d'une saturation en termes de patients en attente d'hospitalisation.

Au-delà de la définition du seuil d'alerte, il convient de ne pas occulter les critères de retour à une situation nominale.

Lors de cette étape, l'organisation spatiale de l'accueil est revue en fonction du volume d'activité. Ainsi, le service des urgences des Hôpitaux Drome Nord a défini les critères suivants :

- En période d'activité « normale », les deux entrées piétons et arrivée couchée sont ouvertes.
- La nuit, toutes les entrées s'effectuent par l'arrivée couchée.
- En cas de pic d'activité, l'accueil se fait uniquement par l'arrivée couchée, après décision médicale (du MAO s'il est en poste, ou du médecin senior sur le circuit long).

D'autre part, un espace de soins fermé a été créé afin d'éviter les « petits soins » faits directement à l'accueil, au regard de tous. Cet espace est utilisé aujourd'hui essentiellement pour la prise de constantes par l'IAO / le MAO.



De même, l'organisation médicale de prise en charge des patients peut être revue et modulée en fonction de l'activité. Par exemple, un binôme médecin – IDE / patient peut être mis en place. Il est identifié dès le démarrage de la prise en charge du patient.

Ainsi, le service des urgences des Hôpitaux Drome Nord a défini les critères suivants :

- Entre 14h30 et 0h, les médecins sont « sectorisés » :
 - Le MAO prend en charge le circuit court sans acte
 - Le médecin SMUR prend en charge le circuit court avec acte et le circuit long
 - Le médecin urgentiste prend en charge le circuit long
- Le matin, les suites de soins sont prises en charge par le médecin SMUR.
 - En cas de sortie SMUR, le médecin urgentiste dans la mesure du possible prend le relais. Si besoin le médecin de l'UHTCD prend la suite.

Au-delà de cette démarche, trois modes d'adaptation de l'organisation à l'activité sont possibles.

Le premier interne au service d'accueil des urgences vise à accélérer la prise en charge des patients, à qualité constante, pour réduire le volume de patients en salle d'attente. Pour cela, il est possible de mettre en œuvre un circuit ultra court qui prendra en charge tous les patients légers pour désengorger le service. Il est également concevable d'accélérer la rotation des boxes en sortant les patients en attente de résultats d'imagerie ou d'examens de laboratoire des boxes pour que d'autres patients puissent être pris en charge.

Le second interne à l'établissement vise à pouvoir réaffecter du temps médical et du temps paramédical aux nouveaux patients en accélérant le transfert des patients devant être hospitalisés dans les services de spécialité. Ainsi, la charge du service d'accueil des urgences consommée par la surveillance de patients stabilisés peut être redéployée sur les nouveaux arrivants.

Le dernier est relatif à une situation de crise importante et peut générer des procédures d'hôpital en tension où les afflux externes sont réduits par un signalement de la situation auprès de la régulation du centre 15 et de la médecine de ville.



Documents

Définition des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité – Hôpitaux Drôme Nord

Définition des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité

1. Accueil :

En période d'activité « normale », les deux entrées piétons et arrivée couchée sont ouvertes.

La nuit, toutes les entrées s'effectuent par l'arrivée couchée.

En cas de pic d'activité, centraliser l'accueil sur l'arrivée couchée, après décision médicale du MAO s'il est en poste, ou du médecin senior sur le circuit long.

2. Organisation médicale de prise en charge des patients :

Entre 14 h 30 et 0 h :

- Sectorisation circuit court et circuit long :
 - MAO : circuit court sans acte
 - Médecin SMUR : circuit court avec acte + circuit long
 - Urgentiste : circuit long

3. Organisation médicale de prise en charge des suites de soins :

- Par le médecin SMUR
- En cas de sortie SMUR :
 - Soit par le médecin urgentiste si possible
 - Soit par le médecin de l'UHTCD si besoin



**Définition des modalités d'organisation en fonction du volume d'activité –
Centre Hospitalier de Perpignan**

SALLE D'ATTENTE EXTERIEUR
Seuil d'alerte déclenché par l'agent d'accueil ou l'IOA
Nombre de dossiers > 10
OU
Seuil d'alerte temps d'attente > 45 minutes

ACTION
1-Aide de la deuxième équipe SMUR IDE si disponible
2- Si indisponibilité, aide Médecin de l'avant

ARRET ACTION
Nombre de dossiers ≤ 3
Délai d'attente ≤ 20 minutes



Tableau décisionnel de la situation à tenir en cas de sùr activité – Centre Hospitalier de Perpignan



TOP HORAIRE 10h00 - Tableau décisionnel

Qui	Informations	Problème identifié	Responsable	Action
Médecin Référent	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de Patients UHCD ▶ Nombre de Patients sortants prévisibles ▶ Nombre de Patients prévisibles à hospitaliser en médecine (a) ▶ Etat du SAUV 	SAUV saturé	Médecin référent	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informer la régulation SAMU ▶ Dynamiser pour le contact entre médecin SAUV et réanimateur pour orientation des patients
		Tendance traumatoto / consultation élevée	Médecin référent	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déclencher la filière courte : <ul style="list-style-type: none"> - Etre directif sur médecin de l'avant - Renforcer ce poste avec l'interne - Dégager les salles dédiées - Centraliser l'infirmier de 10h-18h sur cette activité
Cadre urgence	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de dossiers au tri ▶ Nombre de dossiers vus avec patient de plus de 60 ans ▶ Nombre de dossiers vus et identifiés comme attente de place médecine (b) ▶ Disponibilité des lits en réanimation 	Tendance Médecine élevée	Médecin Référent	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informer les collègues des différents services de la difficulté actuelle <ul style="list-style-type: none"> Médecine polyvalente : 10024 / Médecine interne : 15461 Médecine gériatrique : 6584 / SMIT : 16212 Gastrologie : 15252 / Cardiologie : 16092 Pneumologie : 10221 / Neurologie : 16211 Endocrinologie : 6726 / Rhumatologie : 8925 Néphrologie : 6426 ▶ Informer par téléphone : Chef de pole, cadre référent de pôle et directeur adjoint ▶ Envoyer le mail type adapté au secrétariat général pour transmission au directeur de garde (copie aux Chef de pole, cadre référent de pôle et directeur délégué au pôle)
		Seuil de déclenchement ≥ 20 patients (a+b)	Cadre urgence	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informer en parallèle les cadres des différents services
IAO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de patients non vus ▶ Tendance générale du flux entrant (prédominance traumatoto / petite consultation / médecine...) ▶ Nombre de patients attendus (pompiers, centre 15) 	Si manque de brancard	Médecin Référent Cadre Urgences	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vérifier la pertinence d'utilisation des brancards en amont et en aval ▶ Négocier auprès des secteurs Bloc et radio le prêt de brancards (cadre urgences) ▶ Informer le médecin régulateur et solliciter dans la mesure du possible un binôme IDE et Médecin SMUR ▶ Activer les couchettes par le directeur de garde (demande de 10 brancards lot PMA) ▶ Informer chef de pôle (médecin référent) ▶ Informer cadre de pôle (cadre urgences)



Procédure de la « Coordination rythmée » – Centre Hospitalier de Perpignan



I – OBJET et DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure décrit comment est organisée la coordination rythmée aux urgences. Elle détaille les acteurs, les sujets abordés et les types de décisions qui peuvent être prises en fonction de la situation identifiée.

II - DEFINITION ET ABREVIATION

- « Top Horaire » : réunion rapide dont les thèmes et les acteurs sont définis dans cette procédure
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
- UMH : Unité Mobile Hospitalière
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- PMA : Poste Médical Avancé
- IRF : Infirmière de Régulation des Flux
- IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

III - REFERENCE

IV - DOCUMENTS ASSOCIES

- Form_CHP_018_Tableaux décisionnels top horaire
- Form_CHP_019_Fiche d'information IRF
- Form_CHP_020_Fiche d'information Médecin référent
- Form_CHP_021_Fiche d'information Cadre Urgences
- Form_CHP_022_Fiche d'information IAO
- Tableau récapitulatif des lits

V - DESCRIPTION

Trois "Top Horaire" doivent être réalisés quotidiennement dans le service des urgences.

Les « top horaire » se déroulent dans le bureau des cadres.

Chaque participant doit se présenter au top horaire avec les informations qu'il a recueillies; pour ce faire il doit utiliser la fiche d'information correspondante (Form_CHP_019/020/021/022).

Les « top horaire » ne doivent pas dépasser 10 minutes.

Les participants se réfèrent aux tableaux décisionnels Form_CHP_018 pour définir les actions à entreprendre en fonction des problèmes identifiés.

A partir de 17 h 00, le médecin référent valide chaque placement en UHCD.

A la fin de la journée, les fiches d'information doivent être remises au cadre des urgences pour archivage.

En fonction de la situation identifiée lors des « tops horaire », il peut être décidé d'envoyer un mail d'information (cf. mails type ci-dessous) au secrétariat général pour transmission au directeur de garde, adressé en copie au chef de pôle, cadre référent de pôle et directeur délégué de pôle.

Mail Alerte 1 : Difficultés prévisibles

Mail d'alerte envoyé à la direction, signé par le médecin référent des urgences et envoyé via la messagerie du cadre



des urgences ; adressé en copie au chef de pôle Urgences SAMU, au cadre référent de pôle et au directeur délégué du pôle.

« Monsieur le Directeur,

Nous vous informons de la difficulté prévisible de la disponibilité en lits sur le secteur des médecines au vu du nombre de patients actuellement dans le service en attente de place. Nous faisons des démarches dès ce matin auprès de nos confrères et cadres hospitaliers des différents services pour les informer de la problématique aiguë.

Si à 14 h 00 la situation ne s'est pas améliorée, nous reprendrons contact avec vous pour actions complémentaires.

Le médecin référent des urgences – Nom – Téléphone »

Mail Alerte 2 : Difficultés réelles

Mail d'information envoyé à la direction, signé par le médecin référent des urgences et envoyé via la messagerie du cadre des urgences ; adressé en copie au chef de pôle Urgences SAMU, au cadre référent de pôle et au directeur délégué du pôle.

« Monsieur le Directeur,

Nous vous informons de la difficulté actuelle du service en termes de disponibilité globale de lits (médecine et chirurgie) au vu du nombre de patients actuellement dans le service en attente de place.

Nous faisons des démarches auprès de nos confrères et cadres hospitaliers des différents services pour les informer de la problématique aiguë.

Nous réalisons également des recherches de lits sur les structures extérieures.

Nous sollicitons votre appui pour que l'établissement puisse assurer sa mission d'accueil.

Le médecin référent des urgences – Nom – Téléphone »

Mail confirmation alerte

Mail de confirmation de l'alerte envoyé à la direction, signé par le médecin référent des urgences et envoyé via la messagerie du cadre des urgences ; adressé en copie au chef de pôle Urgences SAMU, au cadre référent de pôle et au directeur délégué du pôle.

« Monsieur le Directeur,

Suite à notre précédent mail, nous vous confirmons la difficulté actuelle du service en termes de disponibilité globale de lits au vu du nombre de patients en attente de place.

Nous faisons des démarches auprès de nos confrères et cadres hospitaliers des différents services pour les informer de la problématique aiguë.

Nous réalisons également des recherches de lits sur les structures extérieures.

Nous sollicitons votre appui pour aider notre service à assurer sa mission d'accueil.

Le médecin référent des urgences – Nom – Téléphone »

Mail Annulation alerte

Mail d'annulation de l'alerte envoyé à la direction, signé par le médecin référent des urgences et envoyé via la messagerie du cadre des urgences ; adressé en copie au chef de pôle Urgences SAMU, au cadre référent de pôle et au directeur délégué du pôle.

« Monsieur le Directeur,

Suite à notre précédent mail, nous vous informons que la difficulté rencontrée est contrôlée.

Nous reprendrons contact avec vous en cas de modification de la situation.

Le médecin référent des urgences – Nom – Téléphone »



Fiches d'identification du niveau d'activité – Centre Hospitalier de Perpignan

L'identification du niveau d'activité est réalisée à 10 h, 14 h et 17 h. Elle concerne les différentes zones du service des urgences :

- Zone d'accueil
- Disponibilité aval
- UCHD

L'état de la situation est réalisé par l'IOA, l'infirmier régulateur de flux, le médecin référent et le cadre du service d'accueil des urgences. Chacun dispose d'une fiche correspondant tant à son rôle qu'au créneau horaire concerné.



Fiche Information Cadre Urgences

TOP 10h00	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de dossiers au tri : _____ ▶ Nombre de patients vus : _____ ▶ Nombre de patients vus > 60 ans : _____ ▶ Nombre de patients vus et identifiés en « attente de place » : _____ (b) ▶ Disponibilité des lits en réanimation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réa-médicale : _____ ○ Réa-chirurgicale : _____ 	
<p style="text-align: center;">TOP 14h00 (si absence IRF)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de patients secteur triage : _____ ▶ Nombre de dossiers zone d'aval triage : _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Pastille rouge : _____ ○ Pastille jaune : _____ ○ Pastille bleue + noire : _____ ○ Sans pastille : _____ ▶ Point mutations et ambulances <ul style="list-style-type: none"> ○ nombre de mutation prévue: _____ ○ Difficultés rencontrées : _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Disponibilité effective sur l'hôpital Lits médecine polyvalente / interne / gériatrie : _____ Lits médecine spécialisée : _____ Lits réanimation : _____ Lits chirurgie : _____ <ul style="list-style-type: none"> ▶ Point places manquantes (tri compris) _____ _____ _____ 	<p style="text-align: center;">TOP 17h00 (si absence IRF)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de patients secteur triage : _____ ▶ Nombre de dossiers zone d'aval triage : _____ <ul style="list-style-type: none"> ○ Pastille rouge : _____ ○ Pastille jaune : _____ ○ Pastille bleue + noire : _____ ○ Sans pastille : _____ ▶ Point mutations et ambulances <ul style="list-style-type: none"> ○ nombre de mutation prévue: _____ ○ Difficultés rencontrées : _____ <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Disponibilité effective sur l'hôpital Lits médecine polyvalente / interne / gériatrie : _____ Lits médecine spécialisée : _____ Lits réanimation : _____ Lits chirurgie : _____ <ul style="list-style-type: none"> ▶ Point places manquantes (tri compris) _____ _____ _____



Fiche Information Médecin Référent

TOP 10h00

- ▶ Nombre de patients en UHCD : _____
- ▶ Nombre de patients sortants prévisibles : _____
- ▶ Nombre de patients prévisibles à hospitaliser en médecine (a) : _____
- ▶ Etat du SAUV :

TOP 14h00

- ▶ Etat UHCD :
 - Nombre de places libres : _____
 - Nombre de place à libérer : _____
 - Type d'attente : _____
- ▶ Etat du SAUV :
 - Nombre de déchocs libres : _____
 - Nombre de déchocs libérables : _____
 - En cours des patients :

TOP 17h00

- ▶ Etat UHCD :
 - Nombre de patients présents: _____
 - Nombre de patients en attente de mutation avec lit réservé : _____
- ▶ Etat SAUV :



TOP 14h00	
▶	Nombre de patients secteur triage : _____
▶	Nombre de dossiers zone d'aval triage : _____
○	Pastille rouge : _____
○	Pastille jaune : _____
○	Pastille bleue + noire : _____
○	Sans pastille : _____
▶	Point mutations et ambulances
○	nombre de mutation prévue: _____
○	Difficultés rencontrées : _____
▶	Disponibilité effective sur l'hôpital (tableau récapitulatif des lits)
Lits médecine polyvalente/interne/gériatrie: _____	
Lits médecine spécialisée : _____ Lits réanimation : _____	
Lits chirurgie : _____	
▶	Point places manquantes (tri compris)

TOP 17h00	
▶	Nombre de patients secteur triage : _____
▶	Nombre de dossiers zone d'aval triage : _____
○	Pastille rouge : _____
○	Pastille jaune : _____
○	Pastille bleue + noire : _____
○	Sans pastille : _____
▶	Point mutations et ambulances
○	nombre de mutation prévue: _____
○	Difficultés rencontrées : _____
▶	Disponibilité effective sur l'hôpital (tableau récapitulatif des lits)
Lits médecine polyvalente/interne/gériatrie: _____	
Lits médecine spécialisée : _____ Lits réanimation : _____	
Lits chirurgie : _____	
▶	Point places manquantes (tri compris)



TOP 10h00

- ▶ Nombre de patients non vus : _____
- ▶ Nombre de patients attendus (pompiers, centre 15) : _____
- ▶ Tendance générale du flux entrant
 - traumatolo/petites consultations
 - pathologies médeco-chirurgicale

TOP 14h00

- ▶ Nombre de patients non vus : _____
- ▶ Nombre de patients en salle d'attente ext. Non vus (+/- vus par l'IAO) : _____
- ▶ Nombre de patients attendus (pompiers, centre 15) : _____
- ▶ Tendance générale du flux entrant
 - traumatolo/petites consultations
 - pathologies médeco-chirurgicale
- ▶ Etat du parc brancards : _____

TOP 17h00

- ▶ Nombre de patients non vus : _____
- ▶ Nombre de patients en salle d'attente ext. Non vus (+/- vus par l'IAO) : _____
- ▶ Nombre de patients attendus (pompiers, centre 15) : _____
- ▶ Tendance générale du flux entrant
 - traumatolo/petites consultations
 - pathologies médeco-chirurgicale
- ▶ Etat du parc brancards : _____



Améliorer la transmission d'informations médicales

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Lors des périodes de relais entre équipes médicales, la transmission des dossiers ralentit la rapidité de prise en charge des patients. C'est généralement le cas sur le créneau horaire de début / fin de la garde (8 h 30 – 18 h 30) mais aussi sur le créneau horaire des suites de soins (13 h 30 à 15 h 30) Il peut également exister des pertes d'informations au moment du changement d'équipe médicale
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la transmission d'informations médicales entre médecins aux moments charnières des transmissions médicales en début et fin de garde Favoriser les mutualisations de prise en charge médicale d'un même patient afin de raccourcir son temps de passage
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Structurer d'avantage la transmission d'informations médicales par un bon rangement du dossier patient et l'utilisation d'un tableau de bord écrit permettant une vue synthétique des patients présents (motifs d'hospitalisation, examens complémentaires, avis spécialisés, diagnostic retenu et devenir)
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Implication des médecins du service et du pool de garde Homogénéité de l'équipe médicale et esprit d'équipe (confiance mutuelle des médecins entre eux)
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Abandon de la règle qui veut qu'un patient soit vu par un seul et même médecin Facteur de confusion pour le patient qui voit deux médecins différents (relation médecin patient)
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Landerneau
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Fiches de transmissions
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			

Démarche de mise en place de la bonne pratique

Quelques résultats

Au Centre Hospitalier de Landerneau, la structuration des phases de transmission a contribué à réduire de 20 % le temps de passage des patients arrivant au service des urgences durant les transmissions.



Document

Fiches de transmissions – Centre Hospitalier de Landerneau

TRANSMISSIONS URGENCES				
SALLE DE SOINS	ETIQUETTE PATIENT	MEDECIN / IDE	MOTIF / DIAGNOSTIC	RESTE A FAIRE
CONSULTATIONS		MEDECIN : IDE :		
SOINS 1		MEDECIN : IDE :		
SOINS 2		MEDECIN : IDE :		
SAUV (DECHOCAGE)		MEDECIN : IDE :		
SOINS 3		MEDECIN : IDE :		
SOINS 4 (TRAUMATO)		MEDECIN : IDE :		

TRANSMISSIONS UHTCD					
CHAMBRE	ETIQUETTE PATIENT	DIAGNOSTIC MOTIF D'HOSPITALISATION	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	EXAMENS A REALISER AVIS SPECIALISE	ORIENTATION PREVUE
CHAMBRE 1					
CHAMBRE 2					
CHAMBRE 3					
CHAMBRE 4					
CHAMBRE 5					



Les bonnes pratiques relatives aux étapes de prise en charge

Accueil et information des patients

Améliorer la signalétique d'accès au service des urgences

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Les modalités d'accès au service des urgences varient suivant les moyens utilisés par les patients (arrivées par la régulation (SMUR, pompiers) ou par leurs propres moyens), mais aussi suivant l'heure (jour, nuit, week-end). En fonction des conditions, les patients ou accompagnants peuvent éprouver des difficultés d'orientations Par ailleurs, des déambulations non nécessaires peuvent avoir lieu entre les salles d'attente et les zones de soins
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'orientation des patients tout en préservant la sécurité
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une signalétique adéquate
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Accord de la direction
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Respect des zones de circulation Limiter l'affichage au strict nécessaire
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> CHI de Castres Mazamet
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Principes de signalétique
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Les patients valides se rendent seuls dans le service d'imagerie

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Cadre de santé
- Représentant de la direction
- Direction logistique et travaux

La démarche

La démarche est décomposée en cinq étapes :

- Conduire l'état des lieux de la signalétique existante, en suivant un parcours patient
- Identifier les problèmes posés par les circulations actuelles
- Définir les zones de circulation des différents acteurs (professionnels de santé, patients, accompagnant) et les contraintes de sécurité à respecter
- Etablir un devis de signalétique avec la direction logistique et travaux
- Mettre en place la nouvelle signalétique

Quelques résultats

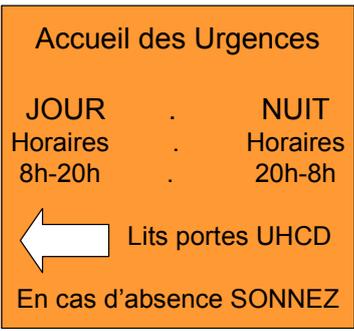
CHI de Castres Mazamet

Des règles de circulation pour les patients et les familles ont été établies. Elles sont scrupuleusement suivies par les personnels médicaux et paramédicaux. Le taux de déambulation dans les couloirs s'est fortement réduit.



Document

Principes de signalétique – CHI de Castres Mazamet

<p>Au sol: pour les entrées</p> <p>1) Depuis le hall central</p> <p>2) Depuis le portail accès cour des urgences jusqu'à l'entrée piétons</p>	<p>Ligne de marquage au sol</p>	<p>Par les ateliers (vu avec Mr Jonqua)</p>	<p>Non réalisable</p>
<p>Au sol: depuis le bureau de l'IOA</p> <p>1) Vers la salle d'attente Bobologie</p> <p>2) Vers la salle d'attente ronde</p>	<p>Deux lignes de marquage au sol de plusieurs couleurs depuis le bureau</p> <p>Salle d'attente</p>	<p>Par les ateliers (vu avec Mr Jonqua)</p>	<p>Non réalisable</p>
<p>Par panneaux directionnels</p> <p>1) Face à la porte d'accès du couloir radio/hall central</p> <p>2) Face à l'accès depuis le portail d'entrée</p>		<p>Vu avec Mr DURAND</p>	<p>Mis en place à minima !</p>
<p>Panneaux accompagnants</p> <p>Sur les différentes portes d'accès au service</p>		<p>Panneau vu avec Mr Durand</p> <p>Application pour tout personnel SAU</p>	<p>Fin Mars</p> <p>Immédiat</p>
<p>Panneau accueil des Urgences</p>	<p>Dans le Hall « Piétons »</p> 	<p>Vu avec Mr Durand (Panneau)</p> <p>Déplacement de la sonnette à la porte proche de la Réa côté hall piéton.</p> <p>La porte sera fermée</p>	<p>Mai 08</p> <p>Immédiat</p>



Une sonnette a été déplacée à l'entrée du service



L'entrée « piétons » du service a été isolée par une porte.





Opacification de la porte d'admission des « patients couchés »



Une signalétique améliorée.





Fournir des informations sur les délais prévisibles d'attente

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Impatience des patients attendant avant premier contact médical • Limite pour annoncer des délais d'attente prévisionnels
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les patients sur les délais d'attente
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Donner une estimation régulière du délai d'attente avant prise en charge (évaluation par la secrétaire et/ou l'IAO) à partir de l'ordonnancement des dossiers patients.
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Délai d'attente attendu par le patient (demande spontanée de beaucoup de patients)
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés pour estimer le temps d'attente avec précision • Risque médico-légal si réorientation d'un patient se présentant pour une urgence non identifiée
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Hospitalier de Landerneau
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Outil d'estimation des délais de passage des patients
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Créer une équipe de salle d'attente • Gérer l'information des familles

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Cadre de santé des urgences
- Direction logistique et travaux
- Direction informatique
- Direction de la communication

La démarche

La démarche se compose de trois grandes étapes :

- Définir les éléments à communiquer
- Concevoir les supports de communication
- Mettre en place les solutions

Etape 1 - Définir les éléments à communiquer

Un travail préalable a lieu au sein du service des urgences afin de définir les différents éléments qui pourront être communiqués aux patients et accompagnants :

- Messages de santé publique
- Alertes sanitaires
- Modalités de recours aux urgences
- Indicateurs de charge du service et temps d'attente prévisible

Ensuite, un travail peut être conduit avec le service de communication pour valider et enrichir ces thématiques.

Etape 2 - Concevoir les supports de communication

La conception des supports s'effectue à deux niveaux :

- Service de communication pour les messages institutionnels, l'intégration des chartes graphiques, etc.
- Service des urgences pour l'élaboration de l'indicateur de charge du service

Les supports sont alors réalisés et validés.

Etape 3 - Mettre en place les solutions

Les différents éléments nécessaires à la communication sont mis en place. Il peut, par exemple, s'agir de :

- Equipement informatique de diffusion (PC, logiciels de bureautique)
- Equipement d'affichage (écran de télévision, système de sécurisation)
- Support multimédia (film, présentation, etc.)



Document

Outil d'estimation des délais de passage des patients – Centre Hospitalier de Landerneau

Etablir une formule en tenant compte des critères suivants permettant d'obtenir soit un délai estimé, soit un code ou numéro

Nombre	Unité	Temps	commentaire	
Nombre de dossiers en attente				
3	patients en attente	15	<i>personnes en salles d'attente ou dans le couloir</i> <i>Temps moyen pour 17% cas médical; 8% cas chirurgical; 75% cas traumatologique</i>	14
Patients en cours de prise en charge dans le service				
<i>patients vus partiellement ou non vus médicalement</i>				
2	cas médical	30		Tx 17%
1	cas chirurgical	20		8%
5	cas traumatologique	10		75%
Patients nécessitant des actes lourds de réanimation				
<i>arrêt cardio-respiratoire, coma, intubation, détresse respiratoire, syndrome coronarien, état de choc, état de mal convulsif</i>				
0	patients nécessitant des actes lourds	45	<i>indisponibilité du médecin pour 45 minutes en moyenne</i>	
Actes médicaux en cours de réalisation ou à réaliser				
<i>sutures, immobilisation par résine</i>				
1	actes	30	<i>20 min pour l'acte + 10 minutes pour ordonnances et certificats</i>	
Nombre de médecins présents				
2	médecins & internes		1, 2 ou 3	

Estimation du délai moyen d'attente

75 min

Charge du service

	Fluide
	Moyen
	Forte
	Très forte

de 0 à 30 minutes
de 30 à 60 minutes
de 60 à 90 minutes
supérieur à 90 minutes

Nombre de salles d'examen disponibles (0 à 6)



ACTUELLEMENT FORTE ACTIVITE

Les délais d'attentes onsupérieurs à la moyenne.

Le temps estimé est de 3 heures



Créer une équipe de salle d'attente

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Focalisé sur la prise en charge et le traitement des patients dans le circuit des urgences, les professionnels peuvent oublier des patients ou ne pas apporter de réponses aux sollicitations des accompagnants en salle d'attente Le climat en salle d'attente est tendu
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité de l'accueil des accompagnants en salle d'attente Apaiser le climat au sein du service
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à disposition des personnes en salles d'attente des bénévoles, étudiants ou emplois aidés pour améliorer la communication
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Accord de la direction Suivre des indicateurs de performance (nombre d'oublis, satisfaction des patients, nombre de plaintes)
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Respect du secret médical Manque de professionnalisme des candidats
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Charleville Mézières
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Néant
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des informations sur les délais prévisibles d'attente Gérer l'information des familles Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des extrémités des membres (prescription anticipée)

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Cadre de santé des urgences
- Médecin du travail
- Direction des ressources humaines

La démarche

Cette action² vise à animer la salle d'attente du service des urgences par du personnel bénévole. Une discussion avec le médecin du travail a été organisée pour dresser le profil de l'agent responsable de la salle d'attente. Une rencontre avec les écoles d'infirmières a eu lieu pour expliquer le projet. Les questions à prendre en compte concernant ce poste sont le risque élevé de turn over de personnel, la nécessité de respecter le secret médical et le manque éventuel de professionnalisme des candidats. Différentes pistes sont alors étudiées pour constituer l'équipe sans générer de surcoûts.

Un argumentaire pour la direction des ressources humaines a été rédigé et les postes permettant un reclassement des personnels recherchés. Le poste d'agent de convivialité serait adapté aux personnels de soins qui présenteraient des restrictions d'ordre physique. Les fonctions envisagées leur permettraient en effet de conserver un lien avec les malades, limitant ainsi les risques d'échecs rencontrés fréquemment lors de reclassement dans des services administratifs.

² Université de Reims – Faculté de médecine – Thèse de doctorat en médecine par Aurélie CAFFIER soutenue le 12 mai 2009 – Réduction du temps d'attente aux urgences : à propos de l'étude de la MeaH sur le centre hospitalier de Charleville Mézières



Gérer l'information des familles

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> L'incompréhension du fonctionnement du service des urgences et le déficit d'informations sont générateurs de stress pour les familles et source de conflit avec des effets induits auprès des autres accompagnants.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Respecter le droit à l'information des familles et y répondre Désamorcer les conflits en zone d'attente comme en zone de soins
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire la question dans une approche globale de la gestion de la relation avec les familles Définir qui informe de quoi, à quel moment et où Définir les relations entre médecins et accueil pour l'accès et la transmission de l'information Rédiger des supports de communication Aménager l'espace, définir les conditions d'acceptation des familles en zone de soins, préciser s'il doit exister un espace dédié ou non à l'échange entre médecin et famille
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Adhésion et implication des acteurs détenteurs de l'information Supports simples et testés Sensibilisation plus particulière des médecins et de l'accueil
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas remplacer la communication orale par de l'information écrite
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> AP-HM Hôpital Nord Centre Hospitalier de Bastia CHI de Castres Mazamet GHU H. Mondor
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Fiche d'information « L'attente aux urgences » Livret d'accueil Document d'information des patients et familles Procédure d'intégration des familles en zone de soins et en unité d'observation
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des informations sur les délais prévisibles d'attente Créer une équipe de salle d'attente

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

De façon prioritaire le premier accueil (agents, IOA, AS, MAO selon le type d'organisation), les médecins, les cadres de santé.

La démarche

Il s'agit d'inscrire la question de l'information des familles dans une approche globale de la gestion de la relation avec les familles, et à défaut cibler sur une ou deux des étapes clés.

Première information à l'arrivée :

- Qui ? A déterminer en fonction de l'organisation spécifique du premier accueil. Par exemple, existence ou non d'un MAO, d'aides soignants ou d'IOA dès l'arrivée du patient et des accompagnants.
- Quoi ? Se centrer sur les informations générales ainsi que sur les règles et le fonctionnement du SAU : délai prévisionnel, conditions d'acceptation des familles en zone de soin
- Comment ? Mise à disposition d'informations écrites ou orales
- Où ? Réfléchir à partir de là à l'organisation spatiale de l'accueil
- En salle d'attente donner une information générale en temps réel (nombre de patients dans le service)

Information intermédiaire : Où en est-on ?

- Qui et comment ? Définir les modalités d'échange entre les médecins et l'accueil pour faire circuler l'information : téléphone, dossier informatisé.
- A quel moment ? Par exemple, la remise d'une fiche accompagnée d'une explication de vive voix après la première consultation médicale.

Information après la décision médicale

- Qui ? Le médecin qui a pris en charge le patient
- Où ? Comme à l'arrivée le respect de la confidentialité et la configuration des locaux déterminent les aménagements possibles de l'espace (espace dédié ou non)

Qu'elle que soit l'étape, la participation et la sensibilisation des médecins à ces problématiques sont essentielles. Elles doivent donc être promues par le chef de service.

La communication orale doit être privilégiée. Elle peut s'appuyer et être complétée par des supports divers (fiche avec numéro de téléphone pour appeler par exemple). La réalisation de supports écrits à destination des équipes soignantes et / ou des familles doit être testée pour en vérifier sa pertinence et apporter les modifications nécessaires en fonction des publics.

Il peut également s'avérer utile de mener des enquêtes de satisfaction auprès des patients et des accompagnants sur les modalités de prise en charge par le service des urgences et d'informations données par le personnel.

Quelques résultats

Ils sont avant tout qualitatifs et se traduisent par une réduction des conflits interpersonnels tant avec les accompagnants qu'au sein des équipes.



Documents

Fiche d'information « L'attente aux urgences » – Centre Hospitalier de Bastia

Centre hospitalier de Bastia

Service des urgences



L'attente aux urgences

Il existe deux types d'urgence :

- Les urgences vitales,
- Les urgences dites ressenties, qui relèvent de la consultation non programmée.

Le circuit qui est décrit ici peut varier selon les établissements.

Sachez que tout est fait pour diminuer votre temps d'attente.

Mais il reste néanmoins de nombreuses raisons pour que vous attendiez davantage aux urgences que chez votre médecin traitant. En effet, les patients arrivent aux urgences sans rendez-vous et parfois en même temps (par exemple après un accident de la route).

Même si chacun a le sentiment légitime que son cas justifierait une prise en charge immédiate, n'oubliez pas qu'au même moment, les équipes médicales des urgences peuvent être en train de prendre en charge une personne en danger de mort.

Vous pouvez aussi être amené à attendre les résultats des examens qui ont été pratiqués (radiologie, laboratoire) ou la venue d'un spécialiste.

Dans certains cas, le médecin peut différer sa prise de décision, afin de voir comment évoluent vos symptômes, spontanément ou après traitement.

Souvenez-vous que l'on ne vous fera attendre que si votre état le permet. Si vous avez le sentiment que votre état, ou celui de la personne que vous accompagnez, s'aggrave ou se modifie, n'hésitez pas à en informer immédiatement le personnel soignant.

Avant de quitter le service des urgences, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous préoccupent.

Après avoir quitté les urgences - et si vous n'avez pas été hospitalisé - n'hésitez pas à rappeler le service si une information vous fait défaut, si un nouveau symptôme apparaît ou si vous avez le sentiment que votre état persiste ou s'aggrave malgré le traitement qui vous a été prescrit.



Livret d'accueil – CHI de Castres Mazamet



CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL

LES SERVICES :

A VOTRE SORTIE

Si vous êtes **EXTERNE** :

Le suivi des soins est assuré soit :

- par votre médecin traitant
- par le service des consultations du CHIC Castres-Mazamet :
 - Rez-de-chaussée bâtiment A pour le site de Castres
 - Rez-de-chaussée secteur médecine pour le site de Mazamet (suivre les flèches)

Les radiologies et bilans effectués seront disponibles 48 heures après votre sortie, auprès du secrétariat médical des urgences (8h-17h).

Si vous êtes **HOSPITALISE** :

C'est le service d'hospitalisation qui gère votre dossier et fera vos certificats.

Site de Castres

Tel : 05 63 71 63 63

Fax : 05 63 71 32 82

e-mail : urgences@chic-cm.fr

LE SERVICE

DES URGENCES

VOUS

ACCUEILLE

« *le Service des Urgences
ne doit pas remplacer
votre médecin traitant* »

Site de Castres :

- Gynécologie obstétrique, pédiatrie/néonatalogie
- Chirurgie : viscérale, ophtalmologie, ORL, vasculaire, urologie
- Médecine : interne, infectieuse, rhumatologie, neurologie, pneumologie, cardiologie, oncologie
- Réanimation
- Imagerie médicale (échographie, scanner, IRM ...)

Site de Mazamet :

- Chirurgie : orthopédie, traumatologie
- Médecine : interne, oncologie, cardiologie
- Court séjour gériatrie
- Soins continus



A VOTRE ARRIVEE

Il est OBLIGATOIRE de présenter :

- la carte Vitale et la Mutuelle
- une pièce d'identité

En semaine : 8h-20h, le week-end de 8h30 – 12h30 / 14h-18h :

- ☛ au secrétariat administratif des urgences

En dehors des horaires d'ouverture :

- ☛ veuillez sonner et attendre, un membre du personnel soignant viendra vous accueillir

Votre identité permet l'édition d'étiquettes indispensables à votre prise en charge

En cas de changement de situation familiale, d'adresse et/ou de numéro de téléphone, merci de le préciser.

PRISE EN CHARGE

Un(e) Infirmier(e) Organisatrice de l'Accueil (IOA) va vous prendre en charge, que vous arriviez par vos propres moyens, en ambulance, ou avec les pompiers :

- elle évalue le degré d'urgence et effectue les premiers soins si nécessaires.
- elle vous orientera soit vers le service des urgences si une place est disponible, soit vers une des salles d'attente

VOTRE ATTENTE

Elle dépend :

- ☛ du degré d'urgence (apprécié par l'IOA)

L'attente du diagnostic peut être due :

- à l'attente des différents examens (radios, examens laboratoire...)
- à la visite du spécialiste
- à la disponibilité des places dans les services.

PENDANT VOTRE PASSAGE

Votre prise en charge est assurée par une équipe de :

- Médecins urgentistes
- Internes en médecine
- Infirmier(e)s anesthésistes
- Infirmier(e)s
- Aide-soignant(e)s

Pendant les soins, l'accompagnant doit rester en salle d'attente.

Les enfants mineurs doivent toujours être accompagnés d'un parent ou d'un proche.

Pour une meilleure prise en charge, les médecins peuvent vous proposer un transfert sur le site de Mazamet, si votre pathologie nécessite un acte de chirurgie orthopédique ou traumatologique.

Le service des Urgences n'assure aucun soin prescrit par le médecin traitant comme :

- les radiographies
- les injections
- les vaccinations

INFORME CHC
PSE - 310



Document d'information des patients et familles – GHU H. Mondor

FONCTIONNEMENT DU SERVICE DES URGENCES

L'ACCUEIL :

Le service des urgences est ouvert 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

En cas de problème de santé présentant un caractère d'urgence, il convient de se présenter à l'accueil des urgences.

Lors de la création de votre dossier l'aide soignant assure votre accueil à l'arrivée, il est le lien entre vos proches et vous.

Pour constituer votre dossier vous demandera de présenter différents documents :

- > une pièce d'identité
- > une carte vitale et ou attestation en cours de validité
- > une carte mutuelle.
- > un formulaire rempli par l'employeur (triptyque), s'il s'agit d'un accident du travail.

Cette démarche est très importante, elle permet d'éviter

- > les confusions d'identité lors des examens
- > la prise en charge par des frais de consultation. Toutes les consultations sont payantes (voir tableau des tarifications des consultations et des examens.)

Une fois votre dossier terminé et le motif de votre venue enregistré, l'aide soignant vous fera entrer dans le service et demandera aux familles de bien vouloir patienter dans la salle d'attente (réservée aux patients en dehors de la zone de soins.)

A l'entrée dans le service une infirmière assure votre accueil, organise votre prise en charge et vous oriente en fonction de vos besoins. Elle vous expliquera le déroulement de votre prise en charge :

- > nous vous indiquerons le service qui vous recevra en hospitalisation dès qu'il nous sera communiqué.
- > si votre famille est en salle d'attente, elle sera informée par le médecin
- > avant de vous rejoindre, votre famille se présentera au bureau des admissions pour effectuer le dossier administratif.

Si vous êtes seul, le service des admissions effectuera les premières formalités.

L'équipe soignante pourra proposer à un membre de la famille ou un Proche selon le choix du patient de le rejoindre dans un box de Consultation pour une période de dix minutes environ.

Si le patient est admis dans l'unité d'observation des urgences les visites sont autorisées par deux personnes à la fois 24 h/24h et selon les conditions requises par l'équipe médicale.

NOUS VOUS CONSEILLONS DE DEPOSER DES VOTRE ADMISSION, LES BIJOUX, PAPIERS ET AUTRES OBJETS DE VALEURS QUI VOUS SERONT RENDUS A VOTRE SORTIE. ou les remettre a vos proches.

VOUS ETES SORTANT

Avant de partir, le médecin vous expliquera les soins nécessaires à la bonne continuité de votre prise en charge. Il vous orientera vers le secrétariat médical pour complément d'informations

Vous pourrez récupérer vos clichés radiologiques ou examens biologiques avant votre sortie ou 48 h après votre passage aux urgences au secrétariat médical. Il est préférable de téléphoner avant au 01 49 81 44 76, sauf jours fériés et week-ends



L'ATTENTE

Nous savons que l'attente est difficile pour les patients et leurs familles, sachez que dans tous les cas, le personnel fera le maximum pour limiter cette attente.

A savoir que celle-ci dépend :

- de la fréquentation du moment (affluence de patients) et du degré de gravité des autres patients
- de l'attente des résultats des examens de laboratoires (env 2 h)
- de l'attente en service de radiologie (env 1h)
- des consultations spécialisées prescrites par le médecin des urgences (neurologie, orthopédie, cardiologie...)
- de la recherche de lits d'hospitalisation. 1h à 5h.

DANS LE SERVICE:

Vous serez pris en charge par une infirmière et/ou un aide soignant qui vous :

- installera dans une salle de consultation
- informera du bon déroulement de la consultation.

Installer en salle de consultation, vous serez examiné par un médecin des urgences qui prescrira les différents examens nécessaires.

UNE ASSISTANTE SOCIALE EST À VOTRE DISPOSITION SI BESOIN

APRES CETTE CONSULTATION, DEUX CAS PEUVENT DE PRESENTER

VOUS ETES HOSPITALISE

Urgences Henri Mondor Tel. 01 49 81 24 87



Procédure d'intégration des familles en zone de soins et en unité d'observation – GHU H. Mondor

1 - Définitions

Personne de confiance :

Personne désignée légalement par le patient avant son arrivée aux urgences. Le patient doit avoir avec lui un papier (qu'il avait rempli auparavant dans un établissement de santé) qui précise l'identité de la personne de confiance.

Personne référente :

Si le patient n'avait jamais désigné une personne de confiance, il désigne dès son arrivée aux urgences une personne de son entourage (familial ou pas) comme interlocuteur, en dehors de lui-même, avec l'équipe soignante.

2 - Accueil

Si le patient est valide et peut s'exprimer, il a la possibilité de donner au personnel de l'accueil l'identité de la personne de confiance ou référente, ce qui doit être noté dans la case adéquate dans le dossier Urqual.

Le personnel de l'accueil remet à la personne référente qui doit rejoindre un patient en zone de soin, un badge cartonné accroché avec un lacet et sur lequel le personnel aura noté l'heure d'entrée en zone de soin, et l'heure à laquelle la personne doit sortir (durée totale de 15 minutes). La personne référente doit porter le badge et le remettre avant de quitter définitivement le service, à l'accueil. Le carton est jeté et le lacet conservé. Les horaires d'entrée et de sortie doivent être notés pour chaque accès en zone de soin, même s'il est répété.

3 - Tri

- Patient interrogeable : L'IOA vérifie l'identité de la personne de confiance (papier officiel) et si elle existe, elle est la personne référente. Si le patient a déjà consulté aux urgences, il faut vérifier s'il a toujours la même personne de confiance. Dans les autres cas, l'IOA vérifie ou fait préciser au patient une personne référente. Ceci est noté dans le dossier Urqual.
- Patient non interrogeable : personne référente = personne la plus proche en lien de parenté (conjoint(e) en priorité).
- Patient mineur : un des deux parents ou tuteur = personne référente
- Patient sous tutelle : tuteur = personne référente
- Patient en état critique : personne référente initialement = première personne présente aux urgences, puis ce sera modifié au cas par cas
- Patient valide ou en chaise : une fois vu par l'IOA, il peut rester avec son entourage à l'extérieur de la zone de tri et sera appelé par le médecin au moment de la consultation.
- Patient en brancard : la personne référente patiente à l'extérieur et pourra le rejoindre si l'attente se prolonge plus d'une heure, et ceci pour 15 minutes.

4 - Zone de soin

- Si l'attente du patient avant de voir le médecin est plus d'une heure, la personne référente peut le rejoindre (15 minutes)
- Patient vu par le médecin, bilan prélevé, sorti en zone d'attente, la personne référente peut le rejoindre (15 minutes). Le binôme soignant (IDE-AS) qui a en charge le patient appelle l'accueil, après accord du médecin, pour permettre à la personne référente de rentrer en zone de soin.
- Si délai d'attente du patient prolongé : possibilité de faire rentrer la personne référente 15 minutes toutes les 2 heures
- Si afflux massif de malade et impossibilité d'accueillir les familles en zone de soin : le médecin remet à plus tard l'intégration des personnes référentes dans la zone, mais chaque médecin (senior ou interne) tient au courant les familles des différentes évolutions de leurs proches.
- Si le patient est en « fin de vie » ou en zone de déchoquage, d'autres personnes que la personne référente peuvent rentrer auprès de lui, mais au rythme d'une personne à chaque fois et pour 15 minutes.



- Tous les membres de l'équipe des urgences sont concernés par le bon déroulement de cette démarche et doivent, en conséquence, veiller à ce que les familles ne restent pas plus de 15 minutes auprès des patients, d'où l'intérêt d'avoir le badge affiché.

5 - Malade de psychiatrie

Possibilité de laisser une personne accompagnante avec le malade si le psychiatre et le MRT sont d'accord, au niveau de la zone de soin de psychiatrie.

6 - Après décision d'hospitalisation

- Malade admis à Mondor : la personne référente fait l'admission, peut rester 15 minutes auprès du patient, et si elle le souhaite l'accompagner après à l'étage.
- Malade transféré : la personne référente peut rester auprès du patient, une fois la décision de transfert prise, pendant 15 minutes. Elle peut accompagner éventuellement le patient en ambulance lors du transfert, sauf pour les secondaires SAMU
- Malade admis à l'UO : la personne de référence peut accompagner le patient à l'UO

7 - Au niveau de l'UO

Les visites sont autorisées 24h/24 et limitées à 2 personnes à la fois. L'accès de l'UO est direct par la porte latérale sécurisée avec une caméra de surveillance. Les patients sont priés de patienter à l'extérieur lors d'un soin, ou lors du passage des médecins.



Informers les patients sur les modalités de facturation

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Le développement de la T2A s'est traduit par l'intégration de la problématique économique dans la gestion des activités et des recettes des services des urgences Les patients s'adressent au service d'accueil des urgences, considérant généralement que les prestations réalisées sont gratuites
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Informers les patients sur le bon usage du service des urgences
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des affichages de sensibilisation des patients aux tarifs des urgences
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Avoir un vocabulaire compréhensible par la population accueillie au service des urgences
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Landerneau CHI de Villeneuve Saint Georges
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Affichage des principes de facturation Affichage des tarifs
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Documents

Affichage des principes de facturation – Centre Hospitalier de Landerneau

Facturation

- La consultation et les soins aux urgences ne sont pas gratuits
- Cependant, vous n'avez pas à faire d'avance de frais
- Ils sont facturés à votre sécurité sociale ou vous sont directement facturés en cas de dossier administratif non à jour
- Les tarifs pratiqués sont les mêmes que chez votre médecin traitant basés sur la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels)
- Si vous désirez plus de renseignements, rendez-vous sur le site de l'assurance maladie: www.ameli.fr



Affichage des tarifs – CHI de Villeneuve Saint Georges

Tarification des consultations aux Urgences			
Consultation Normale	Consultation Spécialisée	Consultation Spécialisée Cardiologie	Consultation Spécialisée Neuropsychiatrie
 22€	 23€	 45,73€	 34,30€
Majorations nuit, week end, jours fériés			
20h à 0h 6h / 8h +35€	20h / 8h +25,15€		
0h / 6h +40€	Dim & j.fériés 8h / 20h Samedi 13h / 20h +19,06€		
Dim & j.fériés 8h / 20h Samedi 13h / 20h +19,06€	Pour toutes les consultations <p>Prise en charge Sécurité sociale = 70% de la consultation + part mutuelle Prise en charge Sécurité sociale hors parcours de santé = 50% + part mutuelle</p>		



Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges – Service des Urgences Juin 2008



Prise en charge initiale et tri des patients

Régulation l'arrivée des patients avec l'amont et la médecine de ville

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Des consultations inappropriées peuvent être adressées par la médecine de ville
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Diminuer l'engorgement des services d'accueil des urgences par des consultations inappropriées
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une régulation avec la médecine de ville
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Bonne volonté des médecins généralistes Ouverture d'esprit
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Charleville Mézières
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Néant
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

La mise en place de cette action met en jeu non seulement des professionnels du service d'accueil des urgences, mais aussi des correspondants de la médecine de ville :

- Médecins urgentistes
- Chefs de service du centre hospitalier
- Conseil départemental de l'ordre des médecins
- Médecins de ville

La démarche

La démarche est décomposée en quatre étapes :

- Lancer le dispositif avec les médecins de ville
- Identifier des actions à mettre en œuvre
- Mettre en œuvre les actions
- Evaluer le dispositif

Etape 1 - Lancer le dispositif avec les médecins de ville

La démarche débute par des rencontres avec les médecins de la Commission Paritaire Locale et avec le conseil de l'ordre. Elles contribuent à développer une collaboration efficace permettant d'identifier un nombre de pistes de travail important et une volonté d'aboutir.

Etape 2 - Identifier des actions à mettre en œuvre

Les premières actions envisagées concernent :

- La mise en route d'un numéro d'appel unique
- L'ouverture de plages de consultations spécialisées à échéances courtes
- L'envoi d'une plaquette d'information aux médecins de ville sur les conditions de recours et les alternatives internes aux urgences
- La coordination avec le médecin des soins palliatifs pour organiser la prise en charge des patients en soins palliatifs
- Le développement de la collaboration avec la gériatrie
- Le développement des rapports avec la maison médicale

Etape 3 - Mettre en œuvre les actions

La mise en place d'un numéro de téléphone unique vise à réguler les 10 à 15 % de patients qui passent par le service d'accueil des urgences alors qu'ils ont été envoyés « à tort » par la médecine de ville, qu'il n'y a pas de place disponible pour une hospitalisation qui pourrait être différée ou encore parce que le délai avant la possibilité d'obtenir un rendez-vous en consultation est jugé trop long. Comme les médecins de ville n'arrivent pas à joindre les spécialistes dans les services, ils peuvent orienter leurs patients vers le service d'accueil des urgences.

L'objectif est alors de prendre en charge de façon cohérente les patients envoyés par la médecine de ville, mais aussi d'éviter au patient un transport inutile.

A partir d'un contact téléphonique au service d'accueil des urgences, les solutions envisageables sont d'inscrire un patient en consultation spécialisée dans la semaine, de programmer avec l'accord du spécialiste une hospitalisation dans les deux à trois jours ou encore de programmer des examens, par exemple de radiologie pour le lendemain.



Sectoriser la prise en charge

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Manque de relais de l'information lors de la prise en charge initiale du patient Manque de visibilité sur l'ensemble des patients pris en charge
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Sécuriser la surveillance et la prise en charge des patients
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Etudier plusieurs schémas de sectorisation Choisir l'un des schémas et le mettre en place Installer un tableau dans la zone de traitement
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Adéquation entre l'architecture du service des urgences et la sectorisation
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Partage de la vision entre les médecins urgentistes
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> CHI de Créteil Centre Hospitalier de Mantes la Jolie
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Démarche de sectorisation Modalité de sectorisation des boxes
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une filière courte Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil – IOA Mettre en place un médecin de l'avant Assurer la prise en charge initiale par des protocoles spécifiques

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			

Démarche de mise en place de la bonne pratique

Quelques résultats

- Harmonisation de la charge de travail entre les médecins
- Responsabilisation des médecins et des soignants sur leur secteur
- Prise en charge paramédicale globale de l'accueil à la sortie
- Suivi du patient par la même infirmière tout au long de sa prise en charge
- Meilleure efficacité dans le suivi de l'information entre le médecin et l'infirmière

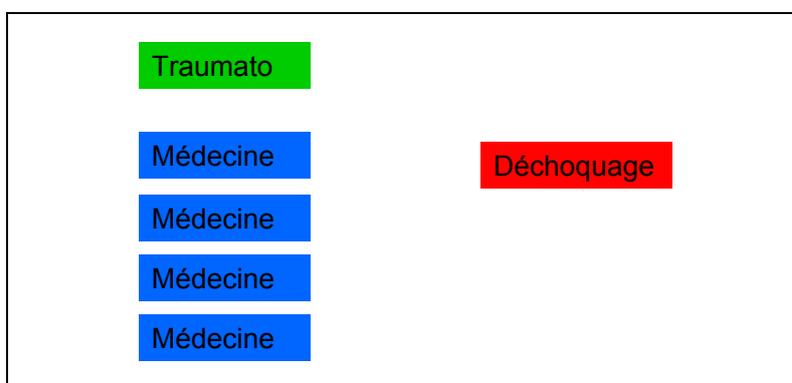


Documents

Démarche de sectorisation – CHI de Créteil

Décrire le point de départ

Le service d'accueil des urgences est constitué de 5 boxes dont un de traumatologie et d'un déchoquage.



Constituer les scénarios

Trois scénarii ont été étudiés. Le premier scénario s'articulait autour d'un médecin pour trois boxes de médecine et d'un médecin pour le déchoquage, un box de médecine et le box de traumatologie. Le second scénario répartissait les boxes de médecines sur deux médecins en intégrant traumatologie pour l'un et déchoquage pour l'autre. Le troisième avait un médecin centré sur le déchoquage avec un box de médecine et les autres boxes gérés par l'autre médecin.

Les différents scénarios sont précisés sur le schéma suivant.

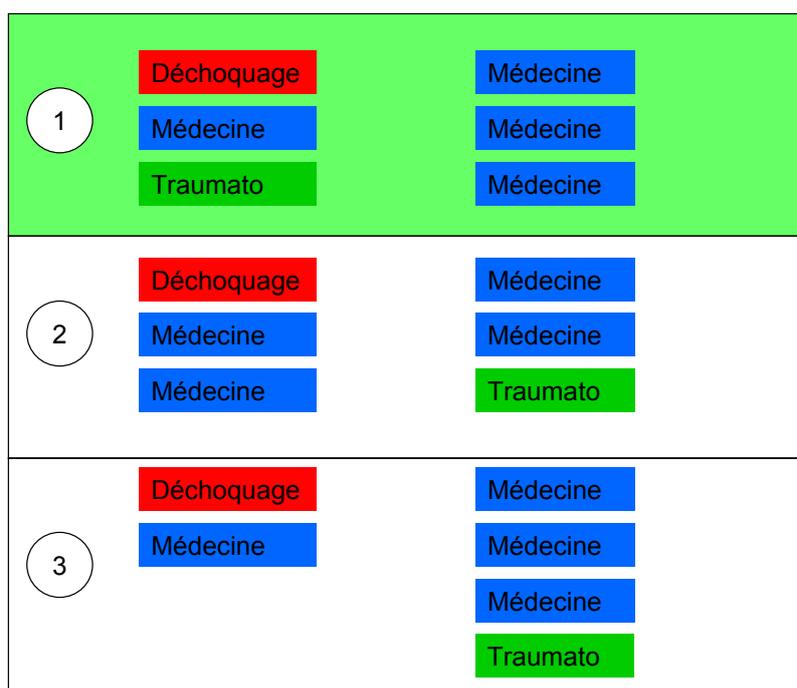




Schéma de la sectorisation médicale



Modalité de sectorisation des boxes – Centre Hospitalier de Mantes la Jolie

Box 9	Prise en charge immédiate
Box 2-4 ou 6-8	Prise en charge longue (examens/ avis spécialisé/hospitalisation)
Box 1 ou 5	Filière courte
Box 0	AVC - VS - UCSA



Mettre en place une filière courte

Problématique	En fonction de la gravité des patients accueillis au service des urgences, le délai de prise en charge médicale va être plus ou moins long. Ainsi, si l'on décide de faire rentrer en box les patients « longs » en priorité, le temps d'attente moyen sera important, y compris pour les patients nécessitant une prise en charge rapide.
Objectif	En formalisant une filière courte, les objectifs attendus sont de diminuer le délai de passage des patients « courts », dans le but d'impacter le délai de passage global à la baisse. Outre la diminution des délais de passage, il est attendu à la fois un désengorgement de la salle d'attente et de la zone d'urgence ce qui favorise une meilleure qualité de prise en charge globale. Rappelons que ces patients « légers » sont valides. Ils sont parfois les premiers à venir se plaindre de leur attente et font peser une certaine pression sur les équipes.
Description de l'action envisagée	Formaliser une filière spécifique de prise en charge pour les patients « légers » : <ul style="list-style-type: none"> • Zone géographique • Affectation des ressources humaines (médecins, infirmières) • Définition des patients à prendre en charge dans cette zone
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'une proportion suffisante de patients « légers » • Faciliter le tri au niveau de l'accueil
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • S'adapter aux capacités du service des urgences : en fonction des ressources disponibles, il est possible de n'ouvrir la filière courte qu'à certaines heures de la journée ou en fonction de l'affluence • Il peut exister une résistance importante à cette action. Certains services d'urgence ont évoqué de manière légitime que si les patients « légers » étaient pris en charge rapidement, il est possible que de plus en plus de patients « légers » arrivent directement aux urgences, sans passer par le médecin généraliste. Il est donc important de disposer de chiffres pour montrer que le nombre de patients légers est déjà en augmentation depuis quelques années dans l'établissement et donc que circuit court ou non, l'augmentation allait perdurer. • Bien communiquer vers les patients pour ne pas risquer des malentendus lorsqu'un patient léger est pris en charge avant un patient lourd alors qu'il est arrivé après lui
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • AP-HM Hôpital de la Conception • AP-HM Hôpital Nord • AP-HM Hôpital Sud • Centre Hospitalier de Bastia • Centre Hospitalier de Chalon sur Saône • CHI de Créteil • CHI des Portes de l'Oise • CHU de Poitiers
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Filière courte • Définition de la filière ultra courte • Fiche fonction IDE soins ambulatoires • Relevé des consultations filière courte
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les équipes à la gestion, des flux et mettre en place un coordonnateur de flux • Adapter l'organisation à l'activité • Sectoriser la prise en charge • Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil – IOA • Mettre en place un MAO • Mettre en place un médecin de l'avant

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

La mise en place de cette action met en jeu l'ensemble des acteurs évoluant dans le service d'accueil des urgences :

- Les médecins car ce sont eux qui vont prendre en charge les patients du circuit court. Ils interviennent dans la définition des types de patients à prendre en charge dans la filière courte et dans l'organisation des postes médicaux.
- Le personnel paramédical car c'est lui qui intervient le plus souvent en première ligne afin d'orienter les patients dans la bonne zone.

La démarche

La démarche est décomposée en quatre étapes :

- Valider la pertinence de la filière courte
- Formaliser la filière courte
- Mettre en place la filière courte avec une période test
- Evaluer les résultats obtenus

Tout d'abord, il convient de vérifier s'il est pertinent pour l'établissement de mettre en place une filière courte. Cette vérification est réalisée sur trois points :

- Est-ce qu'il existe une proportion non négligeable de patients nécessitant une prise en charge médicale rapide ? En général, il faut réaliser un traitement spécifique sur les CCMU1
- Est-ce que ces patients attendent longtemps avant d'être pris en charge par un médecin ?
- Existe-t-il un engorgement de la zone d'attente et / ou de la zone de traitement ?

Si il s'avère que ces points sont vérifiés, il est pertinent de mettre en place une filière courte.

Avant la mise en place, il convient de formaliser plusieurs points :

- Réaliser une typologie de patients à orienter vers le circuit court
- Etablir un document facilitant l'orientation de ces patients vers le circuit court
- Délimiter la zone géographique affectée au circuit court (un box bien identifié, une zone aménagée bien identifiée)
- Définir les horaires et les jours de fonctionnement de ce circuit
- Formaliser les ressources mises à disposition pour ce circuit (médecin, infirmière, aide soignante...)
- Formaliser le matériel et les équipements nécessaires à ce circuit
- Disposer d'une orientation facile vers la radio pour les patients nécessitant un acte d'imagerie (fléchage...)

Il arrive parfois qu'un service d'urgence mette en place un circuit court de manière ponctuelle afin d'évacuer rapidement des patients qui engorgent la salle d'attente. Ce mode de fonctionnement est en fait un mode dégradé mis en place lorsqu'il y a vraiment trop de monde en salle d'attente. Dans cette situation, il convient de formaliser ce fonctionnement et l'étendre dans le temps si le besoin s'en fait ressentir.

Il peut être important de faire attention au vocabulaire employé, tant vis-à-vis du personnel que des patients. Ainsi, suivant les établissements, les circuits peuvent être « court – long » ou « ambulatoire – hospitalisation ».

Une fois que ces éléments sont formalisés, la mise en place peut être facilitée par la définition d'une période test qui sera évaluée afin de constater, ou non, l'évolution vers les objectifs. Dans le but de conduire une évaluation qui ne soit pas seulement qualitative, il est pertinent de disposer d'un recueil des temps de passage permettant de réaliser une segmentation à la fois sur le score de gravité des patients (CCMU ou autre) et sur le circuit vers lequel le patient a été orienté (court ou long).

Certains établissements ont voulu aller plus loin. Disposant déjà d'un circuit court, ils voulaient mettre en place à des horaires précis un circuit « ultra court » pour les patients venant pour une simple consultation. Dans cette situation, la démarche de mise en place est la même que pour le circuit court.



Quelques résultats

AP-HM Conception

Définition du mode de fonctionnement du circuit

- Critères d'éligibilité de patients
 - Moins de 65 ans et douleur EVA <4
 - Médicale : simple consultation – douleur dentaires – ORL – ophtalmo
 - Chirurgie : valide autonome
 - Traumatisme périph simple – thoracique simple – rachis simple sans déficit sensitivomoteur
 - AEV
- Modalités d'accueil et de tri par l'IOA
 - Réalisation d'un tri par l'IOA à l'aide d'une petite grille de tri
 - « Protocole filière courte » : dossier pré imprimé sur une feuille A4 avec l'ensemble des infos nécessaires
 - Un tampon « circuit court » et un casier bleu sur le box IAO
 - DECT pour l'IDE
 - Un prototype d'ordonnance pré formaté mis en place
- Définition des plages d'ouverture
 - En semaine : 10 h – 18 h
 - Le week-end : ouverture en fonction de l'activité
- Règles de fonctionnement
 - Un binôme médecin senior / IDE

Aménagement des locaux

- Aménagement de 3 boxes : 1 salle de soins et 2 salles de consultation
- Ouverture d'un accès vers zone « circuit court » à proximité de la salle d'accueil
- Mise en place d'un circuit fléché pour que les patients puissent s'y rendre seuls
- Organisation d'une « marche en avant » avec entrée par la zone de tri et sortie différenciée au niveau de la salle d'attente

Avis recueillis

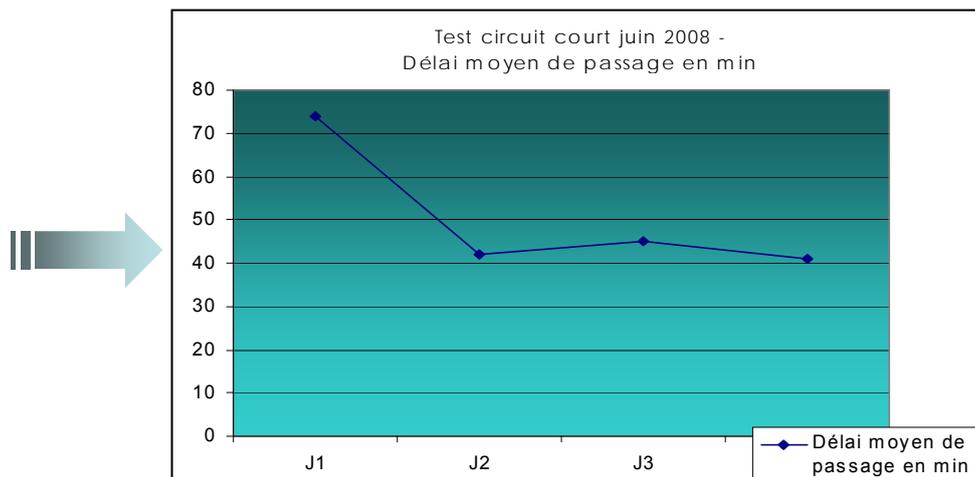
- Points positifs
 - Diminue de façon perceptible le temps de passage et d'attente des patients qui bénéficient du circuit
 - Fluidifie et « diminue la pression » au quotidien dans le service
 - Diminue l'agressivité à l'accueil
 - Rend les conditions d'exams plus sereines (contact plus calme dans un environnement plus adéquat)
 - Tri par les IAO efficace grâce à la grille de tri - peu d'orientations inadéquates
 - Salle d'attente au départ inexistante pour ces patients résolue dans un second temps en aménageant une salle de réserve
- Difficultés à résoudre
 - IDE permanente ?
La question de l'IDE permanente se pose compte tenu des variations d'activité : leur activité n'est pas toujours optimisée. En revanche, les médecins pensent qu'il sera nécessaire d'avoir une permanence IDE si l'on souhaite augmenter l'activité du circuit en élargissant les indications pour absorber le flux croissant
 - Eviter la fermeture au moment du repas
Objectif : éviter que le circuit ne soit bloqué à l'heure du repas (arrêt momentané du circuit)
Moyen : faire en sorte que l'heure du repas soit organisée et flexible ; suspension du circuit court à midi et non fermeture totale entre midi et 14 heures
Solution : ajuster l'heure du repas du médecin en fonction de l'importance de la file d'attente, demander à l'IOA de prévenir lorsqu'il y a du monde, trois ou quatre malades en attente, afin que le médecin redescende
 - Hétérogénéité des médecins quant au fonctionnement du circuit court
Certains restent réticents à son mode de fonctionnement et ne l'utilisent pas tel que prévu. Le fonctionnement est alors réalisé « en amont » et peut engorger l'accueil.
Faire un retour auprès de l'ensemble des médecins, des résultats qualitatifs et quantitatifs.



AP-HM Nord

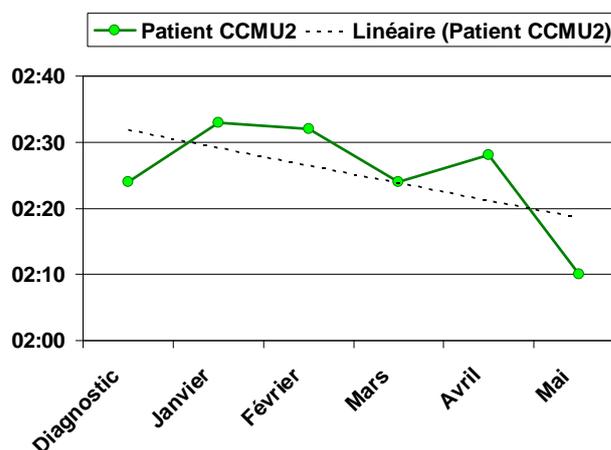
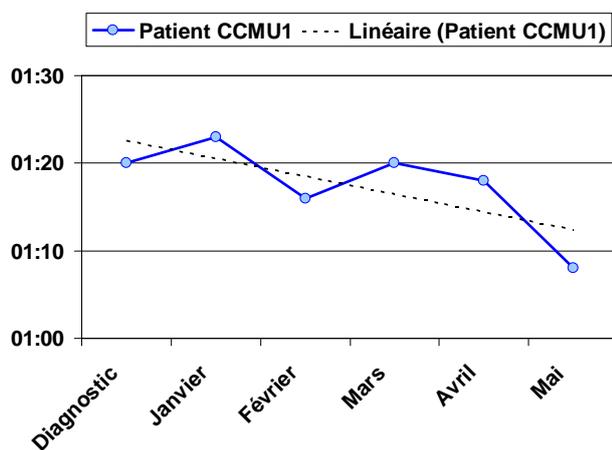
Bilan du circuit court

- Pas d'erreur d'orientation
- Les IDE sont satisfaites – « rôle des IDE circuit court satisfaisant » - Matériel de communication à améliorer
- Les médecins plus mitigés, car pour certains c'est « de l'abattage », mais en revanche il y a moins de patients qui « tournent en rond dans le service »



Centre Hospitalier de Bastia

La mise en place d'un circuit court a permis de réduire significativement le délai de prise en charge des patients CCMU 1 et 2.



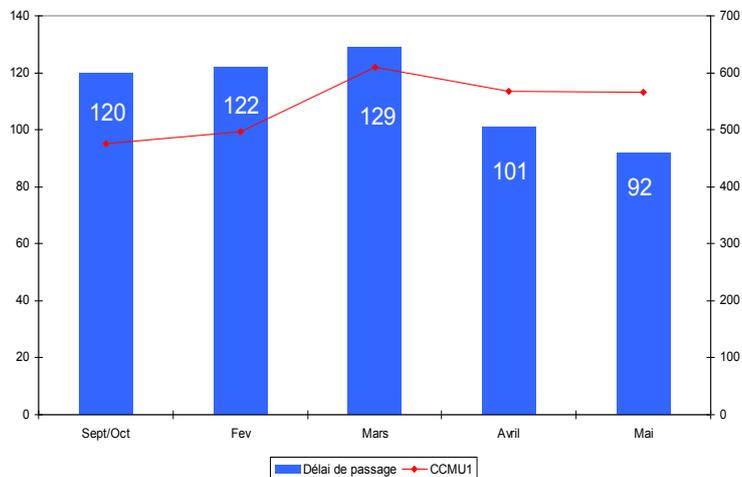


CHI de Créteil

Cette action a permis de diminuer de 23 % le temps de passage des patients CCMU1. Cette évolution provient essentiellement de la diminution de 27 % de la durée avant la prise en charge médicale de cette catégorie de patient. Par ailleurs, cette diminution a été de pair avec une diminution du délai moyen tout patient confondu (- 8 %) malgré une hausse de 25 % du nombre de passages sur la même période.

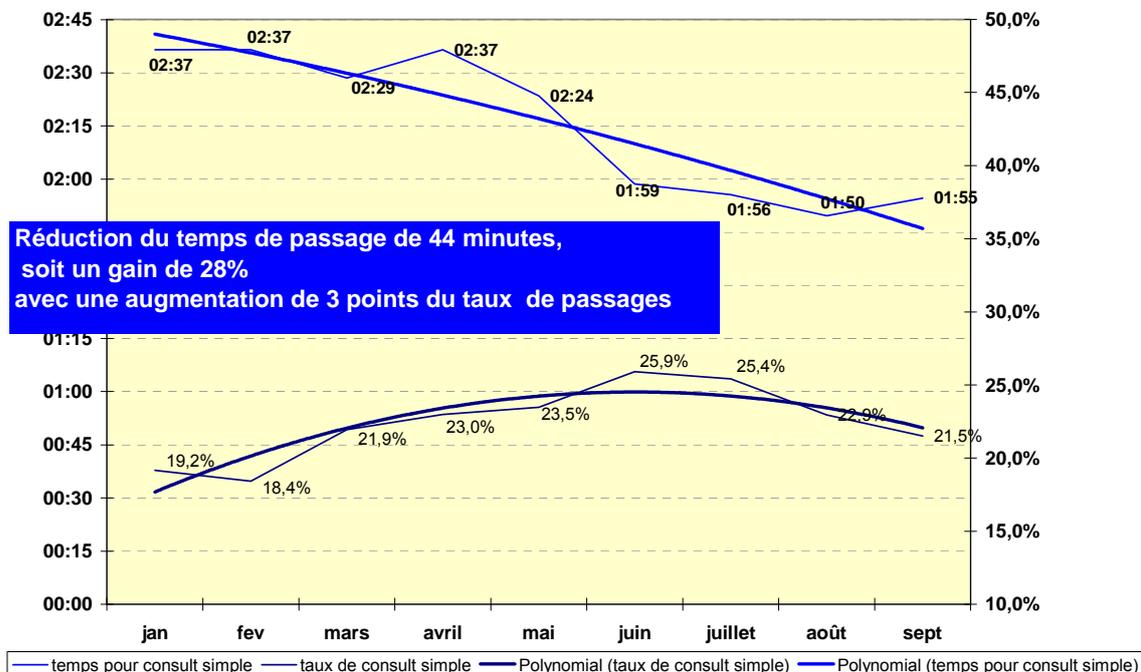
Au niveau qualitatif, cette action a permis :

- Une sécurisation ressentie par les patients, notamment dans le duo médecin régulateur / IOA
- Une augmentation de la qualité de prise en charge
- Une diminution de l'engorgement
- Un retentissement sur la nuit : moins de patients inscrits la journée devant être pris en charge par le médecin de nuit
- Une meilleure organisation du flux à l'intérieur des urgences



CHU de Poitiers

impact de la réorganisation de la filière courte
temps et taux de consultations simples



Remarque :

Il est important de noter que dans la plupart des établissements, la mise en place d'un circuit court a également eu un impact sur les délais de prise en charge des patients hospitalisés.



Documents

Filière rapide – AP-HM Hôpital Sud

MISSIONS DE LA FILIERE

La filière rapide a pour mission de prendre en charge les patients, adultes et enfants, dont les motifs de recours relèvent essentiellement de la petite traumatologie, de l'ORL, de l'ophtalmologie,

Fonctionnement

Le circuit court est ouvert de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi. Il est assuré par un interne et un externe sous la responsabilité du MAO.

Le week-end, un externe est présent sous la responsabilité du MAO.

L'interne de déchoquage, s'il est sans activité, doit intervenir dans la filière.

Cette filière peut être activée en dehors de ses horaires en cas d'activité importante et soudaine.

Aucun personnel paramédical n'est dévolu spécifiquement.

PROFIL DES PATIENTS

- Patients autonomes AMBULATOIRES se présentant spontanément ou susceptibles DE SE LEVER APRES BILAN PAR L'IOA et sans examens

Sont exclus :

- Les AVP (accidents sur la voie publique)
- Les TC
- Les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique

MOTIFS de RECOURS admis en FILIERE RAPIDE

<u>TRAUMATOLOGIE</u>	<u>Plaies</u>
<ul style="list-style-type: none"> * chutes mécaniques de sa hauteur * complications post trauma (problème de plâtre, ...) * contusions multiples * douleurs cervicales * douleurs dorsolombaires * entorses (doigt, poignet, coude, épaule, genou, pied, cheville) * traumatismes-contusions face et nez * traumatismes bénins du rachis dorsal * traumatismes-contusions des membres supérieurs et inférieurs * traumatismes thoraciques bénins (sans troubles respiratoires, hémodynamiques, ni hémoptysie) 	<ul style="list-style-type: none"> * brûlures 1°, 2°, * hématome sous un ongle * morsures d'animaux * piqûres * plaies du cuir chevelu * plaies de la face * plaies lèvres et langue * plaies des membres supérieurs et inférieurs



**MOTIFS de RECOURS admis
en FILIERE RAPIDE
(suite)**

AEV
Demandes de certificats
VACCINATIONS

OPHTALMOLOGIE

- Douleur oculaire
- Oeil rouge

ORL

* corps étrangers ORL
*Rhino Angines
pharyngites



Définition de la filière ultra courte - Centre Hospitalier de Bastia

5 QUESTIONS PERMETTANT A L'IAO D'ORIENTER LE PATIENT VERS LE CIRCUIT COURT : PRISE EN CHARGE DANS LE BOX DE CONSULTATION

- Est-ce que la position assise est impossible ?
- Le score de gravité est-il CCMU 2 (suture importante , plaie complexe ,soin IDE...)
- Devra-t-on vraisemblablement réaliser un bilan biologique?
- Le score de gravité est-il CCMU3 à 5 ?
- En cas de traumatologie y a-t-il une déformation de membre ?
- Y a-t-il une défaillance manifeste ? (respiratoire, pâleur , confusion...)



La réponse est **non** à **toutes** ces questions

La réponse est **oui** à au moins une question



Circuit "Box consultations"

Prise en charge dans le secteur intérieur



TYPE DE PATHOLOGIES A ORIENTER VERS LE BOX DE CONSULTATION

ORL

Otite
Ablation de corps étrangers
Trauma nez

Stomato

Douleur dentaire

Chirurgie

Petit traumatisme (cheville, poignet, main)
TC sans PC
Petite plaie simple superficielle (colle ou 1 à 3 points)
Constat de coups et blessures
Ablation des tiques

Médical

Consultation médicale simple : Syndrome grippal, Rhume, Mal de gorge, Diarrhée, Constipation, GEA, Infection urinaire sans fièvre
Spasmophilie, Angoisse
Consultation psy hors TS

Pédiatrie

GEA
Hyperthermie sans convulsion
Maladie contagieuse (varicelle...)
Constipation

Exclure les douleurs abdominales + fièvre



Fiche fonction IDE soins ambulatoires - Centre Hospitalier de Chalon sur Saône

FICHE DE FONCTION

METIER :

- IDE SOINS AMBULATOIRES

DOMAINE FONCTIONNEL

- POLE : 6
- SERVICE : SAU

POSITIONNEMENT HIERARCHIQUE

- Cadres de santé du SAU
- Cadre supérieur de santé du pôle 6
- Directeur du service de soins infirmiers

MISSION(S) :
(Raison d'être de la fonction)

Réaliser des soins infirmiers dans un secteur de soins ambulatoires en alliant qualité des soins et temps de passage minimum

ACTIVITES PRINCIPALES

- Installer le patient
 - Application du protocole douleur si non réalisé à l'accueil (échelle numérique)
 - Prise de constante si nécessaire
 - Déshabillage si nécessaire
 - Désinfection des plaies selon protocole
 - Vérification des vaccinations anti- tétaniques
 - Installation pour suture avec préparation du matériel nécessaire
- Prévenir le médecin de soins ambulatoire
- Accompagner le patient à la radio si besoin
- Réaliser les soins sur prescription médicale (pansements, plâtres, attelles, utilisation de Kalinox....)
- Gérer le dossier administratif (ordonnances, certificats, convocations pour consultations vers spécialiste...) et raccompagner le patient vers l'agent administratif pour sa sortie
- Réfection et désinfection de la salle d'examen
- Vérification de la check-list à la fin du poste

COMPETENCES (Etre capable de) :

- Maîtriser l'ensemble des techniques spécifiques aux soins du secteur ambulatoire
- Développer son sens de l'organisation pour permettre un turn-over rapide des patients
- Avoir un sens de l'observation aigüe et faire preuve d'empathie

CONDITIONS PARTICULIERES D'EXERCICE :

- Poste de 13 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi sauf jours fériés



Relevé des consultations filière courte – CHI des Portes de l’Oise

Date: relevé des consultations filière courte

objectifs : quantifier les consultations réalisées
 identifier les consultations possibles
 identifier les causes d'échec (inadéquations, impossibilités)

durée de l'étude 1 semaine jour et nuit à compter du 26/6/08 20h

résultat : considéré comme succès: sortie en moins de 3/4heures
causes d'échec possible refus des médecins présents, nécessité d'actes complémentaires, box IOA non disponible, médecin référent non disponible

étiquette patient	cocher la case si succès de filière courte	cause de l'échec si identifiée



Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA

Problématique	L'IOA représente le "premier contact soignant" avec le patient dans un service des urgences. En orientant le circuit de prise en charge, cette fonction a un rôle structurant pour l'organisation de l'ensemble du service. Elle a un rôle d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation. Elle doit aussi permettre de limiter le délai entre l'accueil et le début de la prise en charge médicale.
Objectif	L'objectif peut être la mise en place de l'IOA, ou la redéfinition de son rôle si la fonction existe déjà.
Description de l'action envisagée	L'action peut se dérouler de la manière suivante <ul style="list-style-type: none"> • Définir, par l'intermédiaire d'une fiche de poste, les missions de l'IOA • Formaliser en parallèle le rôle de l'IOA dans le règlement intérieur, et préciser les organisations en fonction des heures de la journée • Sélectionner les personnes amenées à jouer le rôle d'IOA et les former éventuellement • Mettre en place et évaluer
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de l'importance de la fonction par le personnel paramédical et médical • Choix de professionnels expérimentés et reconnus • Possibilité pour l'IOA de solliciter rapidement un avis médical en cas de besoin
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'IOA n'est pas reconnue dans son rôle quant à l'orientation du patient, la fonction peut être assimilée à un accueil administratif et dévalorisée aux yeux de l'équipe • Il peut y avoir plusieurs intervenants dans l'accueil des patients (agents administratifs, médecin référent ou MAO, IOA...). Les périmètres des responsabilités doivent être définis précisément pour éviter les conflits • Il convient de définir les horaires de présence nécessaire de l'IOA en fonction de l'activité du service des urgences et des ressources disponibles
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • AP-HM Hôpital de la Conception • Centre Hospitalier d'Alès • Centre Hospitalier de Charleville Mézières • Centre Hospitalier de Landerneau • Centre Hospitalier de Langon • Centre Hospitalier de Laon • Centre Hospitalier de Perpignan • Centre Hospitalier de Rodez • Centre Hospitalier de Roubaix • CHI de Castres Mazamet • CHU de Besançon • Hôpitaux de Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole IOA de prise en charge de la douleur avant examen médical • Protocole analgésie IOA • Fiche patient IOA • Fonctionnement de l'antenne administrative en présence de l'IOA • Fonctionnement de l'IOA • Mode opératoire de remplissage de l'outil de gestion des flux de patients de l'IOA • Feuille d'admission IOA • Référentiel de l'IOA • L'accueil aux urgences – rôle et fonction de l'IOA • L'agent administratif • L'IOA de tri • Fiche de poste de l'IOA de tri • L'IOA d'organisation et de gestion des soins • Fiche de poste de l'IOA d'organisation et de gestion des soins • Missions de l'IOA • Profil de poste de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil • Profil de poste de l'Infirmière de Médecine d'Accueil • Fiche de poste IOA • Définition de poste IOA
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux • Sectoriser la prise en charge • Mettre en place une filière courte



	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un MAO • Assurer une prise en charge de la douleur à l'accueil par l'IOA • Mettre en place une échelle de tri • Assurer la prise en charge initiale avec des protocoles spécifiques • Aménager le poste d'accueil et le box IOA • Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des membres (prescription anticipée)
--	---

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		

Démarche de mise en place de la bonne pratique

La majorité des services des urgences disposent aujourd'hui d'une Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). On retrouve encore l'ancienne appellation d'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation). Cette bonne pratique s'adresse autant aux services ayant déjà mis en place une IOA et qui souhaitent retravailler son rôle qu'à ceux qui partent de zéro.

Les acteurs

La mise en place de cette action met en jeu l'ensemble des acteurs évoluant dans un service d'accueil des urgences. Un groupe projet responsable de cette action doit contenir au minimum :

- Le cadre de santé
- Le chef de service ou un médecin le représentant
- Un(e) ou plusieurs infirmière(s) qui assurent ou assureront le rôle d'IOA

La démarche

La démarche est décomposée en quatre étapes :

- Définir la fiche de poste
- Formaliser le rôle de l'IOA dans le règlement intérieur
- Sélectionner les personnes qui seront IOA et les former
- Mettre en place l'IOA et évaluer l'organisation

Cette démarche est relativement classique. Plutôt que de détailler chaque étape, nous présentons ci-dessous les principaux points sur lesquels les établissements doivent se montrer vigilants.

La répartition des responsabilités

L'IOA n'est pas un médecin. Elle ne peut pas prendre de décisions de natures médicales. En revanche, sur la base de protocoles formalisés, elle peut prendre un certain nombre de décisions.

Selon la taille et la nature des établissements, l'accueil des patients est plus ou moins "médicalisé". Dans certains services, il existe un médecin d'accueil en permanence et l'IOA assiste ce médecin qui prend l'essentiel des décisions. Dans d'autres services, l'IOA accueille seule le patient et l'oriente dans 90 % des cas environ. Elle doit en permanence pouvoir solliciter un arbitrage médical.

Entre ces deux extrêmes, la répartition des rôles entre IOA et médecins peut varier. La diversité des services d'urgences est telle qu'il n'y a pas de meilleure organisation a priori. Le point essentiel est plutôt de formaliser les décisions qui sont du ressort de l'IOA, les outils dont elle dispose et que cette compétence soit reconnue dans le service.



La fonction tri

L'IOA participe ou organise le premier tri des patients. Elle les oriente vers les différents secteurs de prise en charge (hospitalisation en médecine, filière courte, secteur "debout", consultation de traumatologie...). Pour cela elle doit disposer de critères tangibles.

Plusieurs services ont mis en place des échelles de tri permettant de classer les patients selon une échelle de gravité. Ces échelles doivent permettre une orientation du patient sur la base de critères mesurables dès l'accueil (contrairement au score CCMU). Il s'agit souvent d'une prise en compte de constantes mais aussi d'éléments simples impactant la prise en charge (patient agité, patient couché, patient présentant une plaie, etc.).

L'IOA doit donc disposer d'une échelle lui permettant d'évaluer les patients, de les classer et de les orienter.

La fonction de régulation des flux dans le service

L'IOA est une interface entre la zone d'accueil et la zone de soins. C'est donc le plus souvent elle qui a la meilleure vision globale de l'état du service et de la localisation des patients à un moment donné. Elle est donc à même d'informer le service d'une affluence éventuelle. Elle peut aussi proposer de faire évoluer l'organisation du service pour faire face à une situation de forte affluence.

Certains services ont mis en place plusieurs modes d'organisation (à partir d'une certaine affluence, une personne est dédiée au circuit court par exemple). C'est souvent l'IOA qui doit déclencher la bascule d'une organisation à une autre.

La participation éventuelle aux soins

Selon la taille du service, il est envisageable ou non de dédier totalement l'IOA à sa fonction d'accueil. Dans certains services, de taille petite ou moyenne, l'IOA participe également aux soins, souvent au sein de la filière courte. Elle assure aussi la réévaluation périodique de l'état des patients.

La participation aux soins peut tout à fait s'envisager, à condition que cela soit défini, organisé, et que ces soins ne risquent pas de mobiliser l'IOA sur un temps trop long, ce qui l'amènerait à quitter durablement son poste.

Le rôle d'IOA aux différentes heures de la journée

La fonction d'accueil doit être assurée 24 heures sur 24. En revanche, pour certains petits services, il n'est pas possible de dédier une personne exclusivement à ce rôle 24 heures sur 24. En fonction des courbes de fréquentation du service, il est donc important de distinguer différentes organisations dans des tranches horaires précises.

La nuit, par exemple, le rôle d'IOA peut être attribué à une infirmière qui intervient dans le secteur de soins, mais peut être rapidement mobilisée lorsqu'un patient se présente.

Il est également important de formaliser le "basculement" de la responsabilité de l'accueil dans les services qui s'organisent différemment en cas de sorties SMUR.

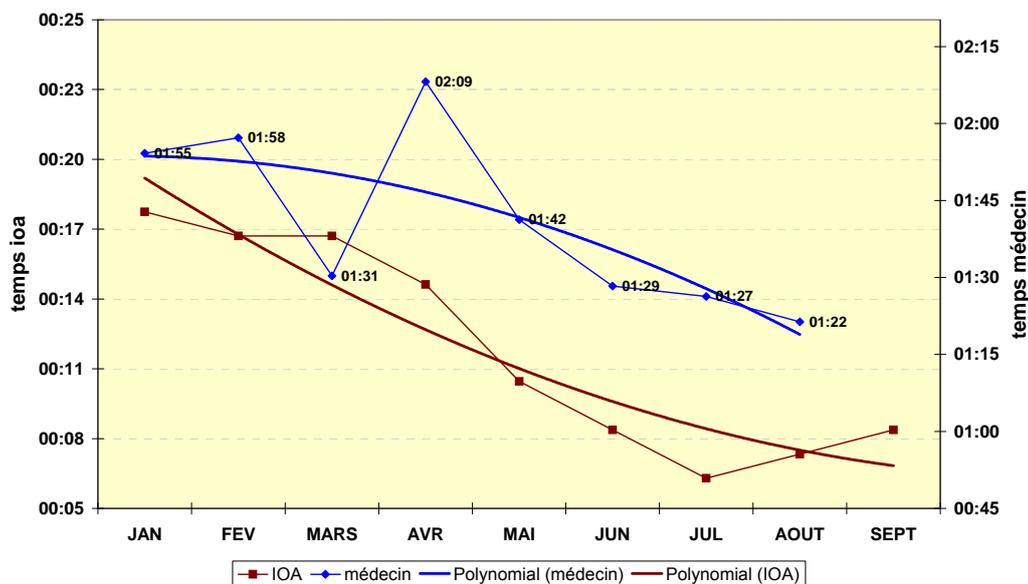
Au-delà de ces points de vigilance, l'IOA va se voir attribuer de multiples responsabilités, accueil et information des familles notamment. La mise en place de cette pratique passe donc par une véritable réflexion sur le profil des personnes pouvant assurer ce poste. Il semble pertinent d'exiger une certaine expérience du service des urgences aux différents candidats.



Quelques résultats

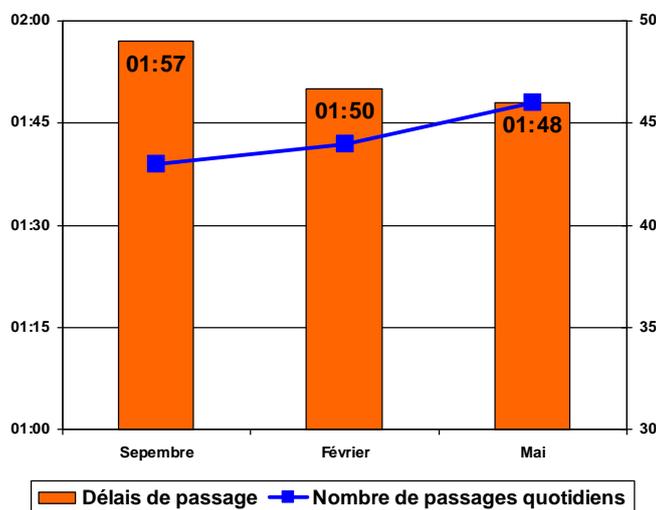
CHU de Poitiers

évolution du temps de prise en charge



Centre Hospitalier de Royan

De manière générale, ces actions ont contribué à une réduction du délai de passage moyen de 8%, malgré une augmentation du nombre de passages de 5%.



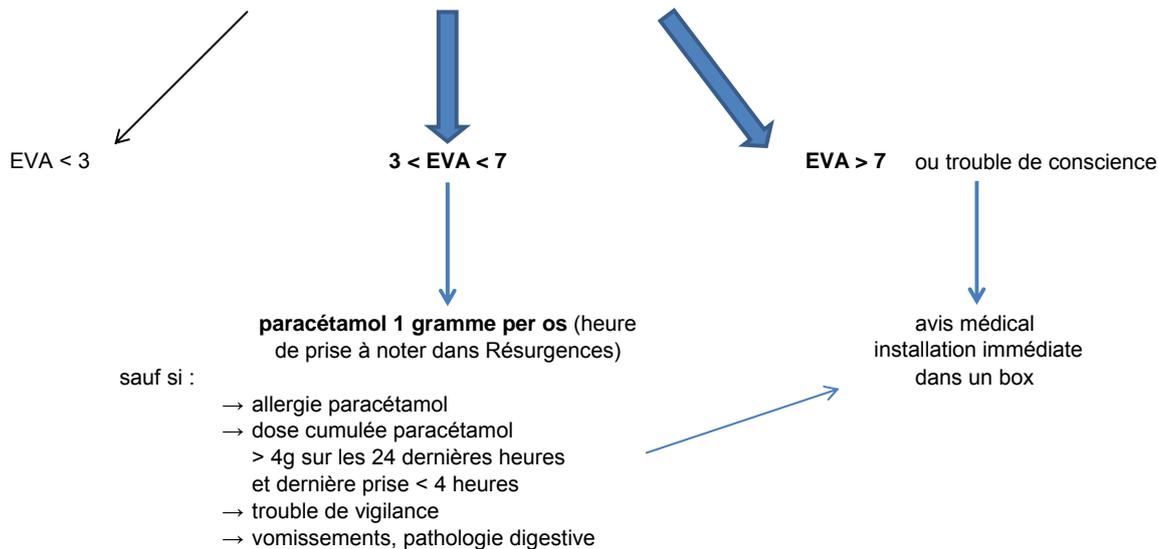
Les acteurs ressentent cette diminution des délais par une diminution du nombre de box porte, c'est-à-dire par une fluidification du circuit vers les services d'hospitalisation.



Documents

Protocole IOA de prise en charge de la douleur avant examen médical – CHU de Besançon

Protocole IAO "Prise en charge de la douleur" avant examen médical





Protocole IOA de prise en charge de la douleur avant examen médical –

	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	Date d'application :
Noms (tel)	Praticien urgentiste Dr ARGOTE	Chef du service des urgences Dr TOUCHARD Praticien pôle douleur Dr. CADENNE	Direction	Date de la prochaine remise à jour :
Signatures				Remise à jour faite : Oui Non
Date				

REFERENCE :

- AFAR 2001, vol 21 n°S2, p381-85: Douleur – Evaluation
- AFAR 2001, vol 20 n°9, p755-751: Douleur aigue interne en médecine d'urgence. Les clefs d'une analgésie efficace.
- AFAR 2007, vol 26, n°S1, p125-128 : Epidémiologie – Douleur.

OBJECTIFS :

Ce protocole est mis en place pour aider les IOA ou les IDE des urgences à traiter de façon adaptée la douleur en première intension.

Il indique les modalités d'évaluation de la douleur et la conduite à tenir en fonction de son intensité.

DOMAINE D'APPLICATION :

Prescription d'antalgiques par l'IOA pour des patients douloureux.

DESTINATAIRES :

IOA et IDE du service des urgences ;

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS :

<i>Indice</i>	<i>Date</i>	<i>Nature de la modification</i>	<i>Page</i>
A	23/02/2009	Création	

CONDUITE A SUIVRE :

- **Reconnaître la douleur :**
 - Localiser,
 - Décrire,
 - Circonstances de survenue,
 - Signes d'accompagnements (comportement, pâleur, aspect blessure, TA).
- **Evaluer la douleur à l'aide des échelles :** ENS, EVS, FPS-R et EVA (voir ci-après)
- **Tracer cette évaluation dans le dossier patient urgences.**
- **Prise antérieure d'antalgiques ?** quoi et quand
- **Choix des antalgiques :** critères d'exclusions (douleurs neuropathiques, nécessité IV, contre indications) – arbre décisionnel
- **Réévaluer la douleur en cas d'attente longue**
- **RETRANSCRIRE l'administration de l'antalgique SUR LE DOSSIER** en indiquant :
 - La posologie
 - L'horaire d'administration
 - La mention « Application du protocole « analgésie IOA » ».



1. ARBRE DECISIONNEL : enfants de PLUS de 8 ans et adultes

A. Echelle Numérique Simple : ENS, à partir de 8 ans :

- 0 – 1 ⇒ inconfort : pas de traitement
- 1 – 3 ⇒ douleur légère : selon patient, rien ou palier 1
- 3 – 5 ⇒ douleur modérée : **PALIER 1**
- 5 – 7 ⇒ douleur intense : **PALIER 2**
- 7 – 10 ⇒ douleur très intense : **PALIER 2 ou 3 = aux URGENCES**

B. Prescriptions en lien avec cette échelle :

PALIER 1 : *Adulte ou plus de 50 kg* ⇒ PARACETAMOL 1 g

Enfant ⇒ 15 mg/kg pipette, sachet ou suppo

PALIER 2 : *Adulte et plus de 15 ans* ⇒ ZALDIAR 2 comprimés ou IXPRIM 2 comprimés (2 DIANTALVIC si femme enceinte)

Enfant ⇒ CODENFAN 0,5 à 1 mg/kg

PALIER 3 : *Adulte et plus de 15 ans* ⇒ ACTISKENAN 10 mg / SEVREDOL / ORAMORH 10 mg

Enfant ⇒ ORAMORPH buvable 10 mg/5mL : 0.25mg/kg par prise (4 fois par jour)

} Admission en salle d'examen immédiatement

CRITERES D'EXCLUSION A LA PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES

- Notion d'allergie au paracétamol, tramadol, codéine, morphine.
- Traitement habituel d'une douleur chronique par antalgiques niveau 3
- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance rénale sévère
- Troubles de la conscience grave
- Détresse respiratoire
- Très mauvais état général
- Douleur neurogène (exemple : algie vasculaire de la face, migraine)
- Douleur viscérale d'étiologie indéterminée
- Hypovolémie

2. ARBRES DECISIONNELS : enfants de MOINS de 8 ans

Ces échelles peuvent être utilisées dès 4 ans chez l'enfant.

A. Echelle EVS :

Demander à l'enfant, Tu as mal ?

- Un Peu ⇒ rien ou palier 1
- Moyen ⇒ **PALIER 1**
- Beaucoup ⇒ **PALIER 2**
- Très Fort ⇒ **PALIER 3**

B. Echelle du visage : FPS-R :



Face enfant

Face évaluateur

0 1 2 3 4 5

PALIER 1

PALIER 2

PALIER 3

C. Echelle Visuelle Analogique : EVA

Face enfant

Face évaluateur

10

7

5

0

PALIER 3

PALIER 2

PALIER 1

D. Prescriptions en lien avec ces échelles :

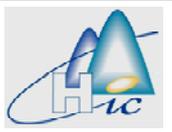
PALIER 1 : *Enfant* ⇒ 15 mg/kg pipette, sachet ou suppo

PALIER 2 : *Enfant* ⇒ CODENFAN 0,5 à 1 mg/kg

PALIER 3 : *Enfant* ⇒ ORAMORPH buvable 10 mg/5mL : 0.25mg/Kg par prise (4 fois par jour)



Fiche patient IOA – CHI de Castres Mazamet



SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
FICHE INFIRMIERE D'ADMISSION ET D'ORIENTATION

IAO Référente : Date et heure de prise en charge :/...../2008 àh....

Médecin urgentiste référent : Dr..... Informé de l'entrée du patient oui non

Prise en charge IDE en service àh... par.....

AS

Coller ici l'étiquette du patient	IDENTIFICATION PATIENT	MODE D'ADMISSION
	Famille présente au SAU <input type="checkbox"/> Famille prévenue <input type="checkbox"/> Famille à prévenir : Autorisation soins signée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> AMB <input type="checkbox"/> POLICE <input type="checkbox"/> VSAB <input type="checkbox"/> SAMU Lettre M.T <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Fax (SAMU)

MOTIF D'ENTREE AU S.A.U

.....

.....

.....

INFORMATIONS PARTICULIERES

.....

.....

Conscience :

- Orienté	- Obnubilé
- Confus	- Agité

TA	Poids	Urines : *Ph *Glucose *Acétone *Nitrites *Protéines *Sang
Pouls	Dextro	
SatO2	EVA	
T°	Hemocue	

SOINS ET SURVEILLANCES :

EMLA

Poche à urines

Médication :

ORIENTATION

Circuit court
 Service Urgences
 Parti Sans Soins

Heure :



Fonctionnement de l'antenne administrative en présence de l'IOA – CHI de Castres Mazamet

FONCTIONNEMENT DE L'ANTENNE ADMINISTRATIVE EN PRESENCE DE L'IOA

Patient debout

- Enregistre les renseignements administratifs avec le patient
- Distribue le livret d'accueil spécifique aux urgences

Patient couché

- Enregistre les renseignements administratifs soit avec un ambulancier, un pompier, un accompagnant, ou un infirmier des urgences
- Distribue à ce dernier le livret d'accueil spécifique aux urgences

Patients et accompagnants attendent dans la salle d'attente face à l'antenne administrative

Emission des étiquettes sur HUR6 (dans le bureau de l'IOA)



Fonctionnement de l'IOA – CHI de Castres Mazamet

FONCTIONNEMENT IOA

9 h 15 : prise de poste dans le bureau de l'IOA

- Remplit en matériel et en imprimé selon la liste récapitulative
- Vérifie le fonctionnement du matériel
- Signale sa présence et se renseigne auprès de l'agent de l'antenne administrative sur l'attente en salle d'attente

9 h 30 à 20 h 40 : rester dans le bureau IOA

- Est averti de l'enregistrement d'un patient par l'émission d'étiquettes (imprimante UR6)
- Va chercher le patient en salle d'attente face à l'antenne administrative et l'accueille dans son bureau
- Documente la fiche IOA
- Oriente le patient vers la salle d'attente « rotonde », éventuellement vers la salle d'attente « circuit court ».
- Elle prévient le patient que les accompagnants ne sont pas admis dans le service, sauf pour les enfants
- Colle l'étiquette sur le cahier des entrées et pose la planche d'étiquette dans le bac réservé
- Garde la fiche IOA dans le bureau +/- lettre du médecin
- Donne à l'IDE la fiche IOA +/- lettre du médecin dès que celle-ci prévient qu'un soin est libre

Consignes particulières :

- L'IOA reste dans son bureau. Elle ne rentre ni dans le couloir, ni dans les soins
- L'IOA n'accompagne pas les patients à la radio ou dans les soins
- Le bureau de l'IOA n'est pas un soin
- Le devenir du patient n'est pas géré par l'IOA, mais par l'IDE qui l'a pris en charge



Mode opératoire de remplissage de l'outil de gestion des flux de patients de l'IOA – Hôpitaux de Drôme Nord

MODE OPERATOIRE DE REMPLISSAGE DE L'OUTIL DE GESTION DES FLUX DE PATIENTS DE L'IOA

DEFINITION

Tableau de suivi du parcours patient au SAU tenu par l'IOA à l'accueil, consultable par l'ensemble des acteurs du service.

OBJECTIFS

1/ Permettre à l'IOA de :

- Piloter l'activité du SAU
 - Allocation des ressources : identifier le binôme médecin - infirmier responsable du patient
 - Pilotage des délais : avoir un rôle d'alerte sur les délais d'attente
 - Suivi du dossier patient : récupération des analyses, radios, classement, relance binôme...
- Avoir une vision complète du parcours patient au SAU : Pouvoir situer le patient dans son parcours pour être en mesure d'informer :
 - Le personnel médical et paramédical du SAU
 - Les services de spécialité, les services médico techniques...
 - Le patient, les accompagnants

2/ Être un outil de mesure transitoire des délais de passage aux urgences (en attendant l'informatisation).

Les feuilles seront archivées pour permettre des mesures ponctuelles a posteriori des délais de passage aux urgences.

NB. Cet outil ne sera pas abandonné au passage à l'informatique puisqu'il servira de support pour le tableau de suivi des parcours patients informatique futur.

DEROULEMENT

En en-tête de page, l'IOA en poste rappelle son identité et le numéro de page.

L'IOA remplit pour tous les patients, et au fur et à mesure de leur parcours (de l'entrée au départ) les données suivantes :

- Heure arrivée
- Etiquette patient
- Motif CS
- Binôme Dr / IDE
- Localisation du patient : Attente (AC : attente couchée / AS : attente assise) – Installation (Salle : A, B, D1, D2, C, C1 ou C2 / couloir). La localisation du patient est à réactualiser au fur et à mesure des mouvements du patient dans son parcours. Les localisations antérieures seront barrées.
- Labo : Piqué (à cocher si le patient a été piqué) / Résultats (à cocher si les résultats sont récupérés)
- Scanner (à cocher si le patient est revenu du scanner)
- Radio (à cocher si le patient est revenu de la radio)
- Devenir
- Heure de départ



Feuille d'admission IOA – Centre Hospitalier de Laon

**SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES
FICHE INFIRMIERE D'INFORMATION ET
D'ORIENTATION**

Etiquette Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

DATE :

Arrivée : h.....

Adresse :

N°tél :

Mode :

Médecin traitant :

UF :

Personne à prévenir :

Motif d'entrée :

Médecin urgentiste référent :

Paramédicaux référents :



Examens complémentaires

Bilan : non oui en attente résultats
 Radios : non oui en attente réalisées
 Scanner : non oui en attente réalisées Cpte rendu
 Echo non oui en attente réalisées Cpte rendu
 Autres

Avis spécialiste

Cardio	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente	Néphro	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente
Ortho	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente	Réa	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente
Uro	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente	Méd interne	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente
Rhumato	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente	Chir visc	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente
Anesthésiste	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente	UPL	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente
Gastro	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente	ORL	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réalisé	<input type="checkbox"/> en attente

Orientationh..... définitive :h.....

Externe Consultation dialyse :

Hospitalisation Faute de place :

Transfert

Mode de transport

Sorti contre avis médical Sorti sans avis médical fugue



Référentiel de l'IOA – Centre Hospitalier de Perpignan



REFERENTIEL IAO

1. NUMEROS TELEPHONE

2. ORGANISATION

- Echelle de triage
- Fonctionnement médecin de l'avant
- Tableaux de coordination
 - Psychiatre
 - Psychologue
 - Assistant social
- Organisation et fonctionnement IDE hors présence cadre
- Règles de fonctionnement Médical

3. PROCEDURES INSTITUTIONNELLES

- Procédure coordination rythmée
- Procédure AES
- Protocoles Douleur
- Protocole de PEC des urgences ophtalmologiques

2- NOTES DE SERVICE

3- TEXTES REGLEMENTAIRES

- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

- Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

- Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

- Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

- CIRCULAIRE N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis



L'accueil aux urgences – rôle et fonction de l'IOA – AP-HM Hôpital de la Conception

L'ACCUEIL AUX URGENCES DE LA CONCEPTION SELON CONSENSUS

- « Accueillir, c'est savoir recevoir sans préjugé en étant tolérant, calme, disponible et à l'écoute... »
- « Accueillir, c'est aussi prendre en charge totalement des patients qui souhaitent voir un médecin de leur arrivée à leur sortie... »
- « Accueillir c'est encore, recevoir dans les meilleures conditions possibles une personne ayant un (ou des) problème de santé aigu ou ressenti... »
- « Accueillir c'est surtout ; admettre, recevoir, mettre en confiance, être à l'écoute, informer pour une prise en charge totale de l'arrivée à la sortie... »

1 RÔLE ET FONCTION DE L'IOA AUX URGENCES DE LA CONCEPTION

Mission générale

Améliorer la prise en charge du patient par un accueil de qualité prenant en compte le patient dans sa globalité. Cette fonction d'accueil fait partie intégrante des soins infirmiers.

Mission spécifique :

- Accueille, écoute, rassure
- Détecte les signes de gravité et oriente sur le secteur de soins approprié
- Coordonne la prise en charge du patient
- Contrôle et s'assure des moyens de sortie.

- Accueillir, renseigner, écouter, rassurer, éduquer, expliquer, orienter et informer.
- Accueillir, évaluer le degré d'urgence, orienter, renseigner le patient et sa famille, réorienter les patients mal orientés.
- Savoir reconnaître l'urgence, et orienter le patient selon son degré de gravité
- Savoir faire le relais avec les familles, être le pivot central, du service
- Savoir identifier chaque patient.

- L'IOA est l'introduction et la conclusion du passage du patient dans le service.
- Elle a une fonction de triage, d'accueil, elle rassure, informe, assure la coordination entre l'intérieur et l'extérieur, elle assure la confidentialité et le secret professionnel, maîtrise les démarches administratives.
- Triage, accueil, relais entre les patients et les I.D.E ou médecins et les familles, éducation, connaître le positionnement du patient dans le service.

2 LES ELEMENTS CLES DE LA MISSION DE L'IOA

- Accueillir
- Trier en fonction du degré d'urgence
- Orienter
- Coordonner
- Informer
- Eduquer
- Assurer le relais collègues – équipe - familles
- Rassurer

- « Le pivot central »
- « L'introduction et la conclusion » du passage du patient



- Pertinence de connaître dès l'accueil les antécédents et le traitement du patient. Par exemple: HTA, DID qui sont susceptibles d'influencer le séjour du patient aux urgences
- L'IAO accueille le patient, c'est un vecteur indispensable de la transmission de l'information
- L'I.A.O évalue l'urgence et la gravité
- Elle guide le patient dans un secteur de soins adapté
- Elle transmet le protocole médical et le dossier de soins Infirmiers, fait une relève à ses collègues et au médecin qui vont prendre le patient en charge.
- En cas d'affluence, elle explique au patient le pourquoi de l'attente.
- Au moindre doute sur l'orientation, elle fait appel au médecin coordonnateur des flux
- Elle définit le niveau d'urgence et établit la fiche de tri.
- Elle contrôle les moyens de sortie, donne les rendez-vous de pansement si nécessaire et vérifie que le patient a toutes les informations requises avant sa sortie : soins, ordonnances, conseils de sortie, elle prévoit le transport en fonction.

Pour toute situation difficile à gérer : mineur, démarche administrative délicate, difficulté de placement, problème de transport, l'IOA doit se référer au cadre de santé du service ou en son absence au cadre de garde.

Mise en place de 2 fonctions distinctes à l'accueil :

- Un IDE de Tri et Orientation
- Un IDE d'Organisation et Gestion des soins

L'IDE de tri est dans la zone de tri située entre les deux portes du SAS : le Sas d'accueil voir fiche de fonction.
L'IDE d'organisation se situe dans le local flux ou dans la zone de soins



L'agent administratif – AP-HM Hôpital de la Conception

Rôle de l'Agent Administratif dans sa zone

- Enregistrer tout patient à la demande de l'IOA de tri : données administratives
- Peut demander conseil à l'IOA de tri se trouvant à proximité
- Envoie tout patient qui se présente à lui par erreur vers l'IOA de tri
- Fait les photocopies des éléments constitutifs du dossier à la demande de l'IOA
- Prévient les brancardiers lors de tout transfert de patient dans l'hôpital
- Gère toute demande administrative : certificat de passage, établit une copie des droits du patient pour les transporteurs externes
- Réponds au téléphone, il bascule les appels médicaux : médecin de ville, SAMU, établissement de santé vers le médecin coordonnateur

L'IOA de tri – AP-HM Hôpital de la Conception

- Il est responsable de toute la zone d'accueil et d'Information entre les deux portes vitrées du SAS. La porte d'accès au local brancardiers est condamnée
- Il dispose d'une banque et accès informatique programmé
- Il travaille en collaboration, dès que le besoin s'en fait sentir, du Médecin Senior Coordonnateur des flux (interphone, DECT)
- Il ne sort pas de sa zone
- Il reçoit les patients au fur et à mesure de leur arrivée ou en fonction des Urgences ressenties, si besoin ou de son évaluation du degré d'urgence
- Procédure d'accueil des patients amenés par le BMP (en annexe)
- C'est lui qui ouvre la porte d'entrée de la zone d'accueil
- Il appelle les patients (et seulement) un après l'autre
- Il transmet les informations nécessaires à l'enregistrement administratif du patient ou envoie le patient vers l'agent administratif : patient à pied
- Il établit le dossier de soins infirmiers
- Il Interroge le patient sur le motif d'entrée, les antécédents si besoin en lien avec le motif d'arrivée, évalue le degré d'Urgence, effectue le triage, note tout cela sur le dossier de soins Infirmier (macro cible d'entrée)
- Il explique au patient pourquoi il est moins urgent qu'un autre ou pourquoi on va l'orienter sur la filière courte
- Le patient après évaluation est soit orienté vers la filière courte, soit « installé » : il transmet le patient et le dossier de soins à l'IOA d'Organisation dans le local flux

Une formation a été organisée sur le tri : accueil, communication, tri, responsabilité juridique de l'IOA, gestion de la violence aux urgences.



Fiche de poste de l'IOA de tri – AP-HM Hôpital de la Conception

1 - IDENTIFICATION DU POSTE

FONCTION : Infirmier Organisateur de l'Accueil de TRI ou IOA DE TRI
GRADE : IDE

Position dans la structure :

- liens hiérarchiques : un cadre supérieur de santé, 2 cadres de santé
- liaisons fonctionnelles : 11 médecins senior dont un médecin coordonnateur par jour, 6 à 8 internes selon les choix (6 mois) dont 3 à 4 par jour, 30 externes dont 4 externes par garde

En lien avec un agent administratif et un brancardier dans la zone d'accueil

Le service et l'équipe :

- Le service d'accueil des urgences
- 1 circuit court : 8 boxes
- 1 circuit long: 12 boxes dont une salle de bains et 3 déchoquages
- Le chef de service : Pr G
- Gestion du tri des patients, gestion de la salle d'attente, environ 130 passages/ jour
- 3 ou 4 IDE dans la zone de soins sectorisés+ 2 AS+ 1 ASH + 2 Brancardiers

HORAIRES DE TRAVAIL :

- 6 h - 13 h 48
- 12 h 42 – 20 h 30

2 - MISSIONS DU POSTE

- L'IOA de Tri est responsable de toute la zone d'accueil et d'information,
- Il gère la salle d'attente (familles)
- Il collabore avec l'agent administratif (transmissions des dossiers pour l'enregistrement administratif)
- Il collabore avec le médecin senior coordonnateur des flux joignable par DECT ou par interphone en cas de doute ou de difficulté sur l'orientation ou le tri.
- Il collabore avec l'IOA d'Organisation : orientation des patients dans les urgences
- Matériel utile : stentofon, téléphone, ...
- Il collabore avec les brancardiers qui l'aident dans la mesure de leurs disponibilités à installer le patient sur un brancard si besoin.
- Il ne sort pas de sa zone : sas, accueil administratif.
- Il appelle les patients qui arrivent au fur et à mesure de leur arrivée et en fonction du degré d'urgence ressentie (évaluation du degré d'urgence)

La famille patiente en salle d'attente et ce tant que l' IOA d'Organisation n'a pas donné de consignes pour faire entrer un membre de la famille dans le box de soins.

En aucun cas la famille sauf barrière linguistique, sourd-muet ou handicap le justifiant n'est autorisée à pénétrer dans la zone de soins.

Si l'activité du service nécessite le passage d'un patient dans la zone de dégagement, la famille est invitée à retourner en salle d'attente.

- Il se présente au patient à son arrivée et l'interroge. Au besoin, il interroge la famille du patient (patient inconscient, incohérent...)
- Fait une synthèse des documents en présence : fiche des soins, lettre du médecin traitant, note tout cela sur le dossier de soins infirmiers (macro cible d'entrée)
- Explique au patient pourquoi il est moins urgent qu'un autre ou pourquoi on va l'orienter sur la filière courte.
- Il fait un recueil de données succinct en rapport avec l'urgence, évalue le degré de gravité : si besoin en s'aidant de l'échelle de tri et/ ou en prenant les constantes du patient et note le niveau d'urgence sur le dossier de soins infirmiers.
- Il note sur le dossier de soins les éléments nécessaires et pertinents c'est à dire le motif d'entrée permettant une orientation rapide du patient vers le secteur de soins approprié à son état de santé.
- Seuls les antécédents médicaux et le traitement pertinents en rapport avec le motif d'entrée seront inscrits sur le dossier de soins s'ils favorisent l'orientation.
- Il évalue la douleur du patient
- Il indique la présence d'une famille dans la salle d'attente.
- Il collabore ou assure une transmission à l'IOA d'Organisation pour savoir s'il y a un box de libre puis :



- Soit installe le patient sur un brancard, si nécessaire, pour l'orienter dans un box et lui explique ce que l'on va lui faire.
- Soit oriente le patient vers le circuit court et lui explique pourquoi il doit intégrer cette filière de soins (il peut faire appel au médecin Coordonnateur ou Senior en cas de difficulté)

- Il transmet le dossier à l'IOA d'Organisation et fait entrer le patient avec l'accord de l'IOA d'Organisation.
- Il fait le lien avec les familles au besoin, il peut demander l'intervention du médecin coordonnateur des flux ou du médecin en charge du patient. Il renseigne les familles et autorise un membre de la famille en fonction des directives de l'IOA d'organisation et/ou du médecin Coordonnateur à pénétrer dans la zone de soins. Aucun patient ne peut pénétrer dans les urgences sans accord de l'IOA d'Organisation et/ou du médecin coordonnateur.
- Il informe le patient et les accompagnants sur l'organisation des soins, le fonctionnement du service et les raisons éventuelles de l'attente
- Il rassure les familles et les informe des soins en cours, de l'attente des examens de laboratoire ou radiologiques. Il est en relation avec les médecins des soins et les IDE des soins et répercute l'information dans la salle d'attente. Les familles doivent par sa présence trouver un interlocuteur performant.

CONDITIONS D'EXERCICE

- Mobilité : compte tenu de sa pénibilité le poste d'IOA est assuré en alternative par l'ensemble de l'équipe infirmière
- Conditions matérielles d'exercice : un poste informatique, une banque d'accueil mais l'IOA doit être mobile dans la zone d'accueil
- Il peut être aidé dans l'installation du patient par un brancardier

3 - COMPETENCES REQUISES

Formations et qualifications requises :

- Infirmier Diplômé d'Etat
- Avoir suivi une formation spécifique IOA effectuée dans le service ou organisme extérieur : accueil, tri, législation, gestion de la violence aux urgences

Expérience professionnelle et connaissances requises :

- Expérience professionnelle aux urgences minimale de 6 mois à 1 an
- Connaissance des gestes d'urgence et pathologies traitées aux urgences
- Connaître la législation en vigueur et procédures du service : mineur, HDT, textes législatifs en vigueur
- Savoir gérer le stress et l'agressivité des patients et familles
- Savoir utiliser les outils d'évaluation de la douleur et être capable de faire reformuler au patient
- Utilisation du matériel informatique, des outils de tri
- Connaissance des structures hospitalières et extra hospitalières

Qualités requises :

- Sens du relationnel
- Capacités de communication
- Etre calme, tolérant, à l'écoute
- Sens de l'organisation, adaptabilité, disponibilité
- Compétences techniques
- Dynamisme, efficacité, sérénité
- Avoir une attitude assertive : fermeté par rapport aux événements et aux situations, respect de l'autre, assurance, savoir faire face à des comportements passifs, agressifs et manipulateurs, communiquer efficacement...
- Posséder une réactivité nécessaire à l'observation et à la prise de décision
- Savoir évaluer et tenir compte de la charge de travail de l'équipe, des impondérables
- Avoir une tenue, un langage discret et respectueux
- Esprit d'équipe



L'IOA d'organisation et de gestion des soins – AP-HM Hôpital de la Conception

- Est responsable du local flux et de l'organisation des soins de la filière longue
- Rôle dans le local flux : gestion des patients en attente de boxes : surveillance, prises des constantes
- Organisation matérielle
 - Un poste informatique, où elle note le niveau d'urgences et le box attribué, liaison avec le coordonnateur.
 - Un tableau blanc au PC médical : où il note le temps réel, le patient affecté à un couple IDE/ Interne selon une sectorisation, motif d'entrée, heure et le box attribué
- Anticipation des soins : Il peut être amené à réaliser des soins prescrits par le coordonnateur pour anticiper la prise en charge (bilan sanguin, pansement, traitement antalgique...) ou orienter le patient à la radio ou en fonction du rôle propre qui lui est dévolu : installation en position confortable, réconfort, protection contre le froid
- Décider du lieu de soins adapté et attribuer chaque patient :
 - à 1 box
 - à 1 IDE
 - à 1 interne selon une sectorisation
- Dispose d'un plan à jour, présentant à tout instant : la position de chacun des intervenants, position du patient
- Il connaît l'évolution des soins et qui s'occupe de chaque patient présent dans la zone de soins
- Il sait si le patient est accompagné
- Transmet les informations, si besoin, à l'IOA de Tri
- L'IOA de tri et surtout l'IO d'Organisation savent à tout moment combien de patients se trouvent dans les Urgences et combien de patients sont au circuit court.
- Prends les constantes de tout patient de niveau U1, U2 voir U3 à la demande du médecin régulateur ou en fonction de l'état clinique du patient
- Conclusion du dossier patient



Fiche de poste de l'IOA d'organisation et de gestion des soins – AP-HM Hôpital de la Conception

1 - IDENTIFICATION DU POSTE

FONCTION : IOA d'organisation et de gestion des soins
GRADE : IDE

Position dans la structure :

- liens hiérarchiques : un cadre supérieur de santé, 2 cadres de santé
- liaisons fonctionnelles : 11 médecins senior dont un médecin coordonnateur par jour, 6 à 8 internes selon les choix (6 mois) dont 3 à 4 par jour, 30 externes dont 4 externes par garde

En lien avec un médecin coordonnateur et un brancardier dans la zone de soins

Le service et l'équipe :

Le service d'accueil des urgences

- 1 circuit court : 8 boxes
- 1circuit long : 12 boxes dont une salle de bains et 3 déchoquages
- Le chef de service : Pr G.
- Organisation et gestion des soins environ 130 passages/ jour
- 3 ou 4 IDE dans la zone de soins sectorisés + 2 AS + 1 ASH + 2 Brancardiers qui assurent les passages

HORAIRES DE TRAVAIL :

- 6 h – 13 h 48
- 12 h 42 – 20 h 30

2 - MISSIONS DU POSTE

1. Il gère la zone de soins : boxes de soins, déchoquage et les secteurs de soins.
2. Il s'informe dès sa prise de fonction de la présence et la répartition du personnel IDE dans les secteurs de soins et le note sur le tableau prévu à cet effet
3. Il est le chef d'orchestre des urgences.
4. Il collabore de façon étroite avec le médecin coordonnateur, le senior de soins, l'interne et les infirmiers du circuit long et l'IOA de Tri
5. Il assure la mise à jour du plan du SAU permettant de savoir à tout instant où se trouve le patient installé dans les urgences : check- list des patients.

- Il réceptionne les patients adressés par l'IOA de Tri
- Il dispatche les patients en fonction du niveau de gravité défini par l'IOA de tri et de la synthèse des informations transmises dans un box de soins ou un déchoquage : il peut être aidé du médecin coordonnateur, d'un dynamap
- Il met les étiquettes des patients sur le plan du SAU (check-list) et dépose le dossier patient dans la case correspondante (box)
- Il inscrit le nom du malade sur le tableau PC : affectation du patient à un médecin et à un IDE en fonction de l'heure d'arrivée et selon une sectorisation
- Il indique le box d'affectation du patient sur le dossier du patient et sur le tableau mural.
- Il assure obligatoirement un relèvement du patient à l'infirmier de secteur à qui il affecte le patient.

S'il n'y a plus de box disponible :

1. Soit l'état de santé du patient ne présente pas de gravité :
 - Il le fait patienter dans le local flux et informe le médecin coordonnateur, sans oublier de mettre l'étiquette sur la check-list : case local flux et conserve le dossier sur son bureau.
 - Il prend et surveille les constantes du patient.
 - A la demande du coordonnateur, il peut anticiper la prise en charge : bilan, antalgique, radio, pansement... ou en fonction de son rôle propre (déshabillage, installation en position antalgique, soins de nursing...) ou des protocoles en vigueur
2. Soit l'état de santé du patient ne lui permet pas d'attendre un box libre :
 - Il libère un box ou un déchoquage sur avis du médecin coordonnateur et de l'IDE de secteur et sort le patient initialement dans ce box (patient dont les examens sont terminés ou en attente de passage en service, de bloc...) pour l'installer dans la zone de dégagement. Dans le cas où une personne de la famille est présente dans le box, l'IOA



l'invitera à retourner en salle d'attente sans oublier de mettre sa check-list à jour.

- Au fur et à mesure que les boxes de soins se libèrent : il met son tableau à jour et fait entrer les patients suivants : les inscrits sur le tableau, remet le dossier dans la case du médecin où le patient est affecté.
 - Tous les dossiers des patients hospitalisés doivent obligatoirement passer par l'IAO d'Organisation qui vérifie le contenu du dossier : ECG, RADIO, résultats de laboratoire, présence d'un inventaire, famille prévenue avant que le patient ne monte en service ou se rende au bloc opératoire, autorisation de soins pour un mineur...
 - Pour les patients transférés dans un établissement externe, l'IAO s'assure des moyens de transport : commande de l'ambulance ou le délègue à l'IAO de Tri
- Les ordonnances de sortie des patients externes sont tamponnées à la filière courte. Les ordonnances de sortie des patients externes de la filière longue sont tamponnées au local flux.
 - Il communique et coordonne la prise en charge du patient dans la zone de soins : il centralise les informations, localise les patients, afin de pouvoir répondre à toute demande.

CONDITIONS D'EXERCICE

- Mobilité : compte tenu de sa pénibilité le poste d'IOA est assuré en alternative par l'ensemble de l'équipe infirmière
- Conditions matérielles d'exercice : un poste informatique, un bureau mais l'IOA doit être mobile dans la zone de soins
- Il peut être aidé dans l'installation du patient par un brancardier

COMPETENCES REQUISES

Formations et qualifications requises :

- Infirmier Diplômé d'Etat
- Avoir suivi une formation spécifique IOA effectuée dans le service ou organisme extérieur : accueil, tri, législation, gestion de la violence aux urgences

Expérience professionnelle et connaissances requises :

- Expérience professionnelle aux urgences minimale de 6 mois à 1 an
- Connaissance des gestes d'urgence et pathologies traitées aux urgences
- Connaître la législation en vigueur et procédures du service: mineur, HDT, textes législatifs en vigueur
- Savoir gérer le stress et l'agressivité des patients et familles
- Savoir utiliser les outils d'évaluation de la douleur et être capable de faire reformuler au patient
- Utilisation du matériel informatique, des outils de tri
- Connaissance des structures hospitalières et extrahospitalières

Qualités requises :

- Sens du relationnel
- Capacités de communication
- Etre calme, tolérant, à l'écoute
- Sens de l'organisation, adaptabilité, disponibilité
- Compétences techniques
- Dynamisme, efficacité, sérénité
- Avoir une attitude assertive: fermeté par rapport aux événements et aux situations, respect de l'autre, assurance, savoir faire face à des comportements passifs, agressifs et manipulateurs, communiquer efficacement...
- Posséder une réactivité nécessaire à l'observation et à la prise de décision
- Savoir évaluer et tenir compte de la charge de travail de l'équipe, des impondérables
- Avoir une tenue, un langage discret et respectueux
- Esprit d'équipe



Missions de l'IOA – CHI de Castres Mazamet

I.O.A. : Infirmier(e) Organisateur(trice) de l'Accueil

Horaires :

9 h 15 – 13 h 15
13 h 00 – 21 h 00

Projet en 12 h 00 : 9 h 00 – 21 h 00

Médecin référent : à définir – nécessité d'un médecin coordonnateur

Missions :

Accueillir

- Recevoir tout patient et ses accompagnants en établissant une relation de confiance sans jugement, ni préjugé.
- Ecouter et observer le patient avec attention et s'informer sur le motif de consultation.
- Informer le patient sur le déroulement et le délai de sa prise en charge aux urgences.
- Se rendre disponible pour répondre aux interrogations du patient et de son entourage en respectant la confidentialité.

Evaluer

- Analyser le recueil des données et déterminer les priorités pour débiter la prise en charge.
- Support : fiche IOA.

Organiser

- Alerter le médecin en cas d'urgence vitale.
- Diriger dans la salle d'attente ou vers le secteur d'hospitalisation.
- Installer le patient dans l'attente d'une prise en charge IDE.

Agir

- Effectuer les premiers soins infirmiers.
- Appliquer les protocoles du service en fonction du degré de l'urgence.

Orienter

- Prioriser et diriger le patient vers le secteur adapté à son état.
- Transmettre les informations nécessaires pour une prise en charge optimale à l'équipe soignante.

ACTION :

- Evaluer
- Prioriser
- Orienter
- Transmettre

QUALITE POUR :

- Voir
- Ecouter
- Sentir
- Toucher

Le tri de L'IOA n'est pas un diagnostic médical mais un relevé de signes pertinents, en utilisant nos compétences pour évaluer le degré de priorité d'une prise en charge.

Aptitude à l'emploi :

- Les connaissances théoriques.
- Les connaissances pratiques.
- Les protocoles.
- L'expérience.
- Le savoir être.

Outils :

- Fiche d'évaluation IOA (à mettre dans le dossier de soins)
- Bon de prescription anticipée de radiologie
- Ordinateur avec CORTEXTE
- Imprimante étiquettes
- Téléphone



Missions de l'IOA – Centre Hospitalier de Rodez

Missions de l'IOA

L'IOA assure l'accueil l'évaluation et l'orientation de tous les patients se présentant aux urgences. H24 et 7j/7

A leur arrivée elle assure de façon systématique :

- Le recueil du motif de recours aux soins et les circonstances de survenue (auprès du patient et ou famille, pompiers, etc.)
- La prise de TA/pouls et EVA (+ autres si besoin en fonction de l'état clinique et des éléments recueillis ex température, SPO2, dextro, etc.)
- Les premiers soins si nécessaires (protocole douleur, nettoyage plaie, etc.)
- Note les données recueillies ainsi que l'heure de sa prise en charge avec son nom sur le dossier urgences
- Note les autres informations recueillies sur la feuille jaune

Les patients sont reçus par l'IOA dans le box dédié à cet effet afin de respecter la confidentialité.

Pour les patients arrivant par ambulance ou avec les pompiers, le transfert de brancard s'effectue au niveau du SAS et non pas au milieu de la zone d'accueil (confidentialité)

L'IOA oriente le patient vers le circuit court ou le circuit long en fonction de son évaluation clinique et de la classification qu'elle a à sa disposition.

Au moindre doute, elle s'adresse au MOA ou à un autre médecin en poste si non présent.

Elle colle l'étiquette du patient sur une fiche en T en notant sur celle-ci l'heure d'arrivée du patient et note sur une autre fiche le motif de recours.

Elle pose les deux étiquettes sur le tableau situé dans le bureau IDE au niveau du circuit correspondant.

L'équipe IDE/AS/ médecin assurant ensuite la prise en charge du patient, déplacera les étiquettes en fonction de la localisation de ce dernier.

L'IOA assure la surveillance et évalue les soins prodigués (douleur, etc.) aux patients en attente de prise en charge médicale. Elle note de façon systématique tous les actes qu'elle effectue et / ou information qu'elle recueille dans le dossier du patient.

Elle assure le lien avec les familles des patients en attente de prise en charge médicale (informations, etc.) Le lien avec les familles des patients en box est assuré par le trinôme qui prend en charge le patient.

L'IOA assure le lien avec l'assistante sociale, l'UADO (H24), l'équipe d'addictologie à chaque fois qu'elle en « détecte » le besoin pour le patient (après le lui avoir proposé) ou s'il en exprime la demande.

Elle alerte les cadres du service si la situation le nécessite (service saturé, etc.)

L'IOA a obligation d'accueillir et de faire enregistrer tous les patients se présentant dans le service. En aucun cas elle ne peut prendre l'initiative d'orienter un patient vers l'extérieur. Seul le médecin est habilité à le faire.

L'IOA est affecté (e) sur ce poste au regard des conditions suivantes :

- Au moins 6 mois de présence dans le service
- Sur proposition de l'encadrement et avec validation du chef de pôle et du médecin responsable des urgences
- Avec une évaluation à 3 mois assurée par l'encadrement



Profil de poste de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

I. IDENTIFICATION DU POSTE

I – 1 – Grade

Infirmière diplômée d'état

I – 2 – Zone de responsabilité

Géographique

- Centre Hospitalier Manchester
- Unité d'Accueil des d'Urgences

L'IOA se tient au poste d'accueil, dans le secteur de tri, lieu d'accueil unique associant IOA et agents administratifs. Celui-ci se situe au centre des différents lieux de prise en charge, proche des arrivées piétons, des arrivées ambulances et de la zone d'attente debout. La salle d'attente couchée fait partie de la zone de soins et bénéficie des sources O2, air, vide et des moyens de surveillance des constantes.

Missions spécifiques

- L'IOA doit effectuer le tri des patients avant l'enregistrement administratif. Un patient doit être vu dans les dix minutes maxima suivant son arrivée et son évaluation prend cinq minutes
- Il existe un bureau IOA qui doit permettre de garantir la confidentialité et le respect de la personne accueillie, de réaliser un entretien individualisé et de prendre certains paramètres ; TA, T°, Sat, PF, HGT.

I – 3 – Positionnement dans la structure

Liaisons hiérarchiques :

- Le Directeur des Soins
- Le Cadre de Pôle
- Le Cadre de Santé

Liaisons fonctionnelles :

Internes

- Le Chef de Pôle
- Le Chef de Service
 - Les Praticiens Hospitaliers du service
 - Les IDE
 - L'Equipe médico-infirmière psychiatrique
 - Les A.S
 - Les Agents de Service Hospitalier
 - L'Equipe Centrale d'Entretien Ménager
 - L'agent de convivialité
 - L'Assistante Sociale
 - Les Secrétaires médicales
 - Les Agents d'Accueil Administratif

Externes

- Les Maisons de Retraite du Département
- Le Commissariat de police, les Douanes, la Gendarmerie
- Les différents hôpitaux et cliniques du département
- Les Etablissements scolaires.....

I – 4 – Les horaires

- Du lundi au dimanche
- par jour



II - LES MISSIONS

II – 1 – En référence au cadre législatif et réglementaire

- Loi du 31 mai 1978, relative à la profession d'IDE
- Décret d'application du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels IDE
- Loi du 12 juillet 1980 sur les règles d'exercice de la profession
- Décret du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles
- Circulaire du 11 mai 2002, relative au fonctionnement d'une Unité d'Accueil et d'Urgence
- Circulaire du 14/05/1991
- Référentiel IOA SFUM de 03/2004

II – 2 – Les missions

- Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants dès l'arrivée. Tous les patients sont dirigés vers l'IOA.
- Vérifier la présence d'un N° de téléphone d'une personne à prévenir dans le dossier administratif.
- Définir les besoins de santé et les priorités de soins.
- Décider du lieu de prise en charge le plus adapté aux besoins définis.
- Etre l'interlocuteur référent pour les familles, les informer sur les délais de soins, les tenir au courant de l'avancée de la prise en charge, le tout en collaboration étroite avec l'agent de convivialité.
- Surveiller les patients en attente de soins dans la zone d'attente debout.
- Installer les patients en attente de soins dans un souci de confort (position antalgique, protection du froid...) et de sécurité

III – LES FONCTIONS et LES ACTIVITES

III – 1 – Activités :

- L'IOA travaille en collaboration avec les agents administratifs ainsi que l'agent de convivialité. Il lui est nommé chaque jour, un médecin référent à qui elle s'adresse en cas de doute sur l'orientation d'un patient et avec qui elle fait le point régulièrement sur la situation du service en vue de décider de mouvements de patients et de libération de box / chambre en fonction des besoins. C'est elle qui est chargée de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux.
- L'IOA est tenue informée par le centre 15 de toutes les arrivées prévues que ce soit une arrivée SMUR ou une arrivée d'ambulance.
- L'IOA a un pouvoir décisionnel reconnu de tous

III – 2 – Objectifs :

- Amélioration de l'accueil
- Gestion des flux
- Optimisation des délais d'attente

III – 3 – Soins ou cliniques

- L'IOA doit observer et noter les éléments suivants:
 - Motif de recours exprimé ou non (plaintes, comportement, symptômes...)
 - Circonstances de survenue
 - Antécédents pertinents: allergie...
 - Traitements spécifiques : anticoagulants, insulineSuivant les informations recueillies, prise de paramètres si besoin. Pas de soins techniques sauf Urgence Vitale
- Le tri s'effectue sur protocoles écrits et signés par le responsable médical à l'aide d'une échelle de tri prédéfinie sur Urqual. Il a pour but d'apporter la réponse la plus appropriée à des besoins définis dans les limites de temps acceptables. Il s'agit d'un code couleur qui définit le degré d'Urgence.



- Vert: Secteur tri ou PMA
- Jaune: Consultation sans rendez-vous, Soins Externes
- Bleu: Consultation urgente avec prise en charge de moins de 60 minutes
- Orange: Urgence relative avec prise en charge de moins de 20 minutes
- Rouge: Urgence absolue avec prise en charge immédiate

IV – PARTICULARITES DU POSTE

- Travailler au SAU depuis deux ans au minimum afin de connaître les gestes d'urgence et les différentes pathologies.
- Être capable d'orienter judicieusement les patients dans les différents secteurs.
- Avoir suivi une formation IOA par un organisme agréé

V – COMPETENCES REQUISES

- Discrétion, respect, réactivité, gestion du stress, prise en compte de la charge de travail des autres membres de l'équipe
- Toutes les infirmières doivent tourner sur le poste, si elles remplissent les conditions d'exercice de la fonction



Profil de poste de l'Infirmière de Médecine d'Accueil – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

I. IDENTIFICATION DU POSTE

I – 1 – Grade

Infirmière diplômée d'état

I – 2 – Zone de responsabilité

Géographique

- Centre Hospitalier Manchester
- Unité d'Accueil des d'Urgences

L'IMA se tient au PAO (Poste d'Accueil et d'Orientation). Il se situe en avant de la zone dite d'hospitalisation du SAU, en face de la zone d'attente couchée. Il est constitué de deux salles d'examen et d'un bureau central. Il est équipé de moyens de surveillance des constantes et de matériel de soins (nécessaire pour prélèvements biologiques sanguins et urinaires, ECG, perfusions.....).

I – 3 – Positionnement dans la structure

Liaisons hiérarchiques :

- Le Directeur des Soins
- Le Cadre de Pôle
- Le Cadre de Santé

Liaisons fonctionnelles :

Internes

- Le Chef de Pôle
- Le Chef de Service
- Les Praticiens Hospitaliers du service
- Les IDE
- L'Equipe médico-infirmière psychiatrique
- Les A.S
- Les Agents de Service Hospitalier
- L'Equipe Centrale d'Entretien Ménager
- L'agent de convivialité
- L'Assistante Sociale
- Les Secrétaires médicales
- Les Agents d'Accueil Administratif

Externes

- Les Maisons de Retraite du Département
- Le Commissariat de police, les Douanes, la Gendarmerie
- Les différents hôpitaux et cliniques du département
- Les Etablissements scolaires.....



I – 4 – Les horaires

- Du lundi au dimanche
- Par jour

II - LES MISSIONS

II – 1 – En référence au cadre législatif et réglementaire :

- Loi du 31 mai 1978, relative à la profession d'IDE
- Décret d'application du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels IDE
- Loi du 12 juillet 1980 sur les règles d'exercice de la profession
- Décret du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles
- Circulaire du 11 mai 2002, relative au fonctionnement d'une Unité d'Accueil et d'Urgence

II – 2 – Les missions :

L'IMA travaille en collaboration avec le MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation) .Elle prend en charge les patients qui lui sont confiés par l'IOA (Infirmière Organisatrice de l'Accueil) en accord avec le MAO. Elle est en relation avec l'Infirmière et l'Aide-Soignante de l'UHCD vers qui elle peut orienter des patients relevant du PAO mais qui nécessitent une installation de courte durée en chambre (par exemple : pour antalgie)

III – LES FONCTIONS et LES ACTIVITES

III – 1 – Activités:

Les pathologies et les besoins de santé que l'IMA doit prendre sont, de manière non exhaustive :

- Les AES
- Les TC non graves
- Les consultations relevant de la médecine de ville
- La « bobologie » ne relevant pas de la traumatologie
- La psychiatrie sauf les intoxications graves
- Les infections urinaires, coliques néphrétiques.....
- Les douleurs abdominales non grave
- Les patients relevant d'une hospitalisation à programmer
- Les patients dont le bilan est déjà fait
- Les problèmes ophtalmo, dermato, ORL, rhumato

III – 2 – Objectifs :

Il s'agit de mettre en place une filière courte, destinée à accueillir les patients dont la pathologie ne requiert pas une installation et une prise en charge de type hospitalisation. Ceci permet:

- Une amélioration des flux
- Une optimisation des délais d'attente
- Un désengorgement du secteur hospitalisation
- Une remise à disposition de lits pour les urgences vraies et les prises en charge lourde
- Une réduction des tensions en salle d'attente

III – 3 – Soins

Poste d'Accueil et d'Orientation

- Installer le patient au PAO
- Recueillir les informations utiles (allergie...)
- Récupérer tout examen (bilan biologique en ville) ou compte-rendu de consultation antérieure présentant un



intérêt pour sa prise en charge actuelle.

- Prendre ses constantes suivant la pathologie.
- L'informer, ainsi que sa famille, du déroulement de la prise en charge
- Participer à l'organisation d'une prise en charge différée (rendez-vous ORL ou Chir...) ou délocalisée (Ophtalmo...) pour le patient présent ou sur appel téléphonique d'un médecin de ville.
- Réaliser les examens complémentaires et les soins prescrits par le MAO
- Accompagner le patient aux examens d'imagerie.

Zone d'attente couchée

- De par la position géographique du PAO, il est du rôle de l'IMA d'effectuer la surveillance des patients en zone d'attente couchée, en collaboration avec l'équipe de soins d'hospitalisation et l'IOA

IV – PARTICULARITES DU POSTE

- Expérience minimum dans le service.
- Toutes les infirmières doivent tourner sur ce poste si elles remplissent cette condition.

V – COMPETENCES SPECIFIQUES ET COMPORTEMENTS REQUIS

- « La compétence professionnelle est la capacité à mobiliser et combiner des connaissances, des savoir-faire, des comportements pour maîtriser une situation professionnelle et obtenir le résultat attendu. »
- « Les compétences spécifiques ou techniques correspondent au métier, à la technique professionnelle utilisée »
- « Les compétences transversales sont utiles dans différents domaines et ne sont pas liées à une technique »
- Compétences relationnelles : Echanger avec ses collègues, animer une réunion
- Compétences organisationnelles : Organiser un plan d'action

V – 1 – Connaissances

Savoir théorique ou pratique – réponse à une question que l'on se pose

V – 2 – Savoir – faire

Maîtrise d'une activité qui résulte de la pratique ou de l'apprentissage

Polyvalence : capacité à tenir différents poste de travail

Pluri compétences : Maîtrise de plusieurs compétences utiles pour différents emplois

V – 3 – Attitude - comportements

« Attitude : dispositions individuelles et postures résultant de la culture collective ou de l'histoire personnelle et qui génèrent des comportements »

« Comportements : ensemble des réactions, des manières d'agir, des conduites observables d'une personne »



Fiche de poste IOA – Centre Hospitalier de Landerneau



Centre Hospitalier "Ferdinand-Grall"

B.P. 719 - 29207 LANDERNEAU
CEDEX

Profil de poste / Fiche de poste

Emetteur
Réf. du service :
Version :
Date :
Pages :
Mise à jour :

IDENTIFICATION DU POSTE

- FONCTION : Infirmière Organisatrice de l'Accueil
- GRADE : Infirmière diplômée d'état
- POSITION DANS LA STRUCTURE :
 - Liaison hiérarchique :
 - Cadre de santé
 - Cadre supérieur de santé
 - Directeur des soins
 - Liaisons fonctionnelles :
 - Equipe médicale
 - Equipe paramédicale (IDE – AS – ASH)
 - Agents administratifs / secrétaires médicales
 - Assistante sociale
- HORAIRES
 - Du lundi au samedi :
 - horaire 9 h / 17 h de 9 h à 12 h 30
 - de 12 h 30 à 20 h
 - Dimanche et jour férié
 - horaire 11 h / 19 h le dimanche
- MISSIONS PRINCIPALES
 - Accueillir de façon personnalisée le patient et sa famille
 - Définir des priorités de prise en charge en fonction des besoins exprimés et/ou constatés
 - Décider du lieu de soins adapté

ACTIVITES DU POSTE

- Accueillir – Evaluer – Trier - Décider
 - Réaliser un accueil personnalisé et professionnalisé dans un climat de confiance et dans un lieu adapté permettant le respect de la confidentialité
 - Définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés
 - Procéder à une évaluation clinique initiale et au tri des patients en utilisant l'échelle de triage
 - Décider, en lien avec le médecin, du lieu de soins approprié
 - Installer ou faire installer le patient par l'AS dans une salle de soins appropriée à son état, ou dans la salle d'attente placée sous la surveillance de l'I.O.A.
- Informer – Accompagner - Coordonner
 - Informer le patient et ses accompagnants dès l'arrivée de l'organisation des soins et du fonctionnement du service, des délais d'attente
 - Rassurer les familles et les informer des soins en cours, de l'attente des examens de laboratoire, de radiologie...
 - Donner des informations significatives, claires et compréhensives
 - Répondre aux demandes de renseignements concernant les patients : centraliser les informations, localiser les patients



- Gérer
 - Appliquer les règles de libération des boxes en fonction de l'occupation des différentes salles de soins et du degré de gravité
 - Gérer l'ordonnancement des dossiers en fonction du degré de gravité

COMPETENCES REQUISES

- FORMATION ET QUALIFICATION
 - Etre titulaire d'un diplôme d'Etat d'Infirmier
 - Avoir suivi la formation AFGSU
- EXPERIENCE PROFESSIONNELLES ET CONNAISSANCES PARTICULIERES
 - Maîtriser le fonctionnement et l'organisation du service et de l'institution
 - Connaître les différentes pathologies traitées dans un service d'urgences
 - Savoir utiliser les outils existants : échelle de tri
- QUALITES – APTITUDES
 - Faire preuve de calme, de discrétion, de tolérance, de courtoisie, de politesse
 - Etre rassurante, respectueuse de la dignité et de l'intimité d'autrui
 - Avoir le sens de l'écoute et de la compréhension
 - Etre diplomate
 - Etre disponible
 - Maîtriser les situations difficiles et génératrices de stress
 - Etre polyvalent face à la multiplicité des pathologies reçues
 - S'adapter au turn-over, aux populations
 - Avoir des capacités d'organisation

ORGANISATION DU POSTE

L'infirmière qui assure le poste d'IOA est assistée par une A.S. pour l'accueil et la prise en charge des patients et de leur famille.

Elle assure la prise en charge des patients installés dans les box d'urgence et doit se rendre disponible dès que la secrétaire la prévient par téléphone de l'arrivée d'un patient.

L'IOA est responsable :

- Du tri des patients dès leur arrivée
L'évaluation clinique initiale est réalisée dans le bureau d'accueil où le chariot de soins est positionné.
L'I.O.A utilise les outils du service (échelle de tri, évaluation de la douleur) :
 - Réalise les premiers soins, complète le dossier « urgence » et colle le code couleur correspondant au niveau de prise en charge
 - Oriente le patient vers le lieu de soins adapté ou en salle d'attente
 - Dépose le dossier du patient dans les cases prévues en tenant compte des règles d'ordonnancement des dossiers mises en place dans le service
- De l'ordonnancement des dossiers en attente
 - Les dossiers sont classés par code couleur et non par ordre d'arrivée.
- De la gestion des salles de soins
 - En collaboration avec le médecin, applique les règles de libération des boxes de soins : à l'arrivée d'une urgence vraie et quand le flux des passages est important
Cf. protocole n° validé le
- De la gestion des flux
 - Mise en place de la procédure de « prescription anticipée de radiographie par l'I.O.A. »
Cf. procédure n° validée le
- De l'information des patients et des familles
 - Se rend régulièrement en salle d'attente pour informer sur l'évolution des délais d'attente
 - Informe les familles sur l'évolution de la prise en charge du patient



Fiche de poste IOA – Centre Hospitalier de Laon

	CENTRE HOSPITALIER de LAON	IDE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (IAO)	
	Date de création : 04/02/2008 Réf : FM PCC SPE 002 V1	Page Destinataires: DSS, DRH, SAU	
Émetteur : Groupe projet Audit MEAH		Vérificateur : G. PAGE, Directrice des Soins J. DESJARDIN, cadre supérieure	Approbateur : M.J.TILMANT, Directrice adjointe, DRH

RÉDACTION/VALIDATION :

Ce document a été :

Rédigé par :	Validé par :
- Groupe projet audit délais d'attente au SAU	- Le vérificateur et l'approbateur signataires cités ci dessus - Madame J.DESJARDIN, Cadre Supérieur de Santé

FONCTION :

Infirmière d'accueil et d'orientation

ACTIVITES PRINCIPALES :

- Répondre aux besoins de communication des patients et de leurs accompagnants par l'intermédiaire d'un référent.
- Assurer une présence constante à l'accueil par un professionnel de santé (relations soignés / soignants / famille).
- Prendre en charge le patient dans sa globalité en s'adaptant aux personnes et aux situations, et établir le dossier d'entrée.
- Assurer une orientation correcte en fonction de la demande de soins et du degré d'urgence
- Réduire les délais d'attente à l'arrivée par une prise en charge rapide et personnalisée
- Vérifier le suivi de la prise en charge du patient

LIEU D'EXERCICE :

Service d'accueil des urgences, bureau IAO et banque d'accueil

PRESENTATION DU SERVICE :

1 – Le poste d'accueil et de prise en charge des patients et de leur famille

C'est l'endroit où se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation. A proximité, se trouve le secrétariat administratif, le secrétariat médical et la salle d'attente.

2 – Le secteur lourd ou salle d'urgences (3 postes)

Les patients porteurs d'une pathologie lourde ou risquant de s'aggraver y sont orientés.

3 – Le secteur urgences légères

- 4 boxes d'examen (1 poste par box) pour la prise en charge des pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques.
- 1 grande salle de plâtre (2 postes) pour l'activité des consultations du SAU (petite traumatologie) et de chirurgie
- 1 salle de petites interventions (1 poste) pour la prise en charge de la petite chirurgie (sutures).
- 1 salle polyvalente pour les soins externes, soins programmés (par exemple : pansements) (1 poste).

4 – Secteur d'hospitalisation de courte durée

- 4 chambres à 1 lit. C'est une structure d'hospitalisation à accès simple et rapide sans attente prolongée d'un lit d'hospitalisation, mais à durée d'hospitalisation limitée (48 heures maximum).



MISSIONS :

Pour être affecté au poste IAO, tout infirmier doit avoir pris connaissance des procédures et protocoles d'orientation en vigueur, répertoriés dans le classeur IAO.

- Evaluation immédiate à l'arrivée du patient des besoins en soins
- Installation du patient dans la salle de soins correspondant à sa pathologie
- Gestion du dossier d'entrée informatisé RESURGENCES du patient : toutes les données sont importantes, notamment l'identité, l'adresse, le N° de téléphone, médecin traitant et motif de recours avec item cliqué.
- Gestion du registre des entrées du SAU :
 - Stabylo jaune pour les externes, stabylo orange pour les hospitalisés, moyen d'arrivée personnel en jaune, autres moyens en orange avec précision du transporteur.
 - Tous les items doivent être remplis correctement et lisiblement : nom de l'IAO, la date, le motif de recours (côté des lésions), la salle d'installation, le nom du médecin prenant en charge, le mode de sortie et le diagnostic.
 - Tous les patients réorientés doivent être inscrits : maison médicale, parti sans attendre, médecin traitant...
- Gestion du stress et de l'anxiété des patients et de leurs accompagnants
- Relais d'information avec la personne qui prend le patient en charge
- Visualisation du déroulement de la consultation et des soins dispensés (relation permanente entre les médecins et infirmières effectuant les soins et répercussion des informations aux accompagnants)
- Gestion du téléphone : le xxxx reste à l'IAO.
- Vérification du suivi de la prise en charge du patient.
- Gestion du changement d'UF des patients quand ils changent d'orientation.
- Gestion de l'organisation des transports et transferts.
- Gestion des dossiers clôturés et à clôturer : l'IAO vérifie tous les dossiers récupérés, ils doivent être complets, agrafés et à jour à la fin de chaque service.
- L'IAO a autorité sur l'orientation dans le SAU des patients en cas de flux important en l'absence du médecin coordinateur : le patient peut être orienté vers un secteur calme quand le secteur affecté est saturé.
- Gestion de la disponibilité des lits d'hospitalisation en aval.

RATTACHEMENT :

Hiérarchique	Fonctionnel
<ul style="list-style-type: none"> • Mme PAGE, D.S.S. • Mme DESJARDIN, cadre supérieur • Mme TRIFFAUX, cadre de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr LEMAIRE-NANNI, chef de service

MANDATS / REPRESENTATIONS (Pouvoir d'agir au nom d'une autre personne) :

Autorité sur l'orientation dans le SAU des patients en l'absence du médecin coordinateur.

CRITERES D'ACCES AU POSTE :

Formations suivies ou à suivre:

- Gestes d'urgences
- Communication, gestion de l'agressivité aux urgences
- Responsabilité juridique de l'IDE
- Remise à niveau des connaissances des pathologies
- Textes législatifs et administratifs concernant les urgences
- Formation sur la fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation

Compétences requises :

- Etre diplômée d'état.
- Expérience professionnelle souhaitée d'un an minimum : acquisition d'une démarche clinique d'évaluation rapide.
- Aptitude à la communication, gestion des conflits et du stress.
- Connaissance du dossier informatisé Résurgences.
- Organisation, rigueur, connaissances et respect des protocoles et procédures internes au service et institutionnels
- Connaissance de la structure interne et externe du service d'urgence et de l'établissement



- Répondre aux problèmes administratifs et des urgences médico-légales
- Être capable de prendre des décisions relevant de sa compétence

TEXTES DE RÉFÉRENCE :

Législatifs	Internes
<ul style="list-style-type: none"> • Décret 2004-802 du 29/09/2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. • Circulaires du 15/02/1990 et du 14/05/1991 relatives à l'amélioration de l'accueil des urgences, les rôles de chacun dans la structure. • Recommandations de la SFMU sur l'IOA • Article 26, titre I statut de la fonction publique hospitalière et article 226-13 du Code Pénal relatif au respect du secret professionnel 	

DESCRIPTIF DES ACTIVITES :

ACTIVITES	RESPONSABILITES
Vérification et complément des dossiers administratif et Résurgences	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de la tenue des dossiers • Vérification et clôture des dossiers en attente de clôture. • Changement des UF quand changement d'orientation
Orientation du patient hospitalisation ou externe	<ul style="list-style-type: none"> • Choix du mode de passage dans le SAU selon la pathologie et le degré d'urgence. • Evaluation du caractère d'urgence. • Priorisation des soins.
Installation du patient sur support adapté	<ul style="list-style-type: none"> • Installation en collaboration avec le brancardier et sur avis médical si besoin.
Accueil des patients et familles et suivi / parcours de soin	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil des patients dès la banque et installation des familles en salle d'attente. • Rassurer, informer les familles et les patients. • Installation des patients relevant de la consultation orthopédique en salle d'attente.
Recherche de disponibilité de lits en aval	<ul style="list-style-type: none"> • Récupération des feuilles à 9 h 00 et 14 h 00, descendues par les agents des unités. • Appel des unités au fur et à mesure des besoins. • Réservation des lits disponibles sur demande des agents des différents secteurs.
Tenue du registre IAO	<ul style="list-style-type: none"> • Externe stabylo jaune, moyens personnels stabylo jaune • Hospitalisation stabylo orange, autres moyens d'arrivée orange • Inscription de tous les passages et autres orientations
Accueil téléphonique	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des appels sur le xxxx.
Organisation des transports	<ul style="list-style-type: none"> • Appel des sociétés assurant le transport des patients. • Gestion des dossiers administratifs et de prise en charge pour les transferts.
Orientation sur avis médical vers Maison Médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil d'orientation vers la maison médicale (ou autre) sur avis du médecin et notation sur le registre IAO.
Orientation interne des patients en l'absence du médecin coordinateur	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation des patients vers d'autres secteurs quand saturation, si pas de médecin coordinateur. • Autorité pour détacher un aide soignant en secteur externe si besoin et / ou IDE, quelque soit le secteur.



Définition de poste IOA – Centre Hospitalier de Roubaix

Service d'accueil d'urgences DEFINITION DE POSTE INFIRMIER (ERE) ORGANISATEUR (TRICE) DE L'ACCUEIL : I O A

MISSIONS DU POSTE

1 – Mission Générale

Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin organisateur de l'accueil : MOA

Connaître les gestes d'urgence et les différentes pathologies traitées aux urgences.

2 – Missions permanentes

L'infirmier (ère) doit :

- Accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients arrivant aux urgences
Il (elle) accueille, c'est-à-dire qu'il (elle) effectue un soin relationnel auprès du patient, afin de lui permettre de comprendre et d'accepter le soin dans les meilleures conditions : gestion du stress, information, écoute, installation, confort, prise en charge de la douleur. Il (elle) évalue rapidement le degré d'urgence afin d'alerter le MOA pour une prise en charge immédiate du patient présentant un caractère réel d'urgence.
Le tri doit s'effectuer à partir d'outils spécifiques utilisés dans le service et sur protocoles écrits et signés par le responsable médical ;
- Décider du lieu de soins adapté
Il (elle) décide, en lien permanent avec le médecin référent, du lieu de soins approprié à son état, après recueil et synthèse des informations. Celles-ci sont obtenues par une observation, un entretien et la connaissance de tous documents en possession du patient. En cas de besoin, l'implication de l'Assistante Sociale se réalise dès l'accueil ;
- Informer, aider
Il (elle) informe le patient et ses accompagnants sur l'organisation des soins, le fonctionnement du service, le délai et les raisons d'une attente éventuelle ;
- Installer
Il (elle) installe avec l'Aide Soignant(e) le patient en fonction de ses besoins (chaise, brancard...), protection (froid), confort (position antalgique) ;
- Rassurer
Il (elle) rassure les familles et les informe des soins en cours, de l'attente des examens. Il (elle) est en relation permanente avec les médecins et infirmiers(ères) effectuant les soins. Il (elle) répercute l'information aux accompagnants ;
- Surveiller
Il (elle) surveille la salle d'attente ;
- Communiquer et coordonner
Il (elle) centralise les informations, localise les patients afin de pouvoir répondre à toute demande. Les familles doivent, par sa présence et ses informations, trouver un (une) interlocuteur (trice) ;



- Enseigner
Dans le domaine de sa spécificité, il (elle) encadre les étudiants infirmiers et les infirmiers lors de leur arrivée.

CONDITIONS D'EXERCICE DE LA FONCTION IOA

Mobilité

Cette fonction doit être exercée en alternative par l'ensemble de l'équipe infirmière du service (sous condition de suivi de formation IOA - formation réalisée en interne)

Organisation avec les autres acteurs

L'IOA est assisté (e) d'une secrétaire d'accueil (enregistrement administratif), d'un (une) aide soignant (e) présent (e) qui aide à l'installation du patient, ou à le maintenir si nécessaire et veiller à sa sécurité et qui effectue le brancardage dès le SAS d'entrée jusqu'au lieu d'orientation du patient.



Fiche de poste IOA – Centre Hospitalier de Langon

	Emploi défini par	Directrice	AGENT	Date d'application :
Noms	Directrice des soins	Mme BOUCHAUD		Date de la prochaine remise à jour :
Signatures				Remise à jour faite : Oui Non
Date				

Je soussignée.....après avoir pris connaissance de cette fiche descriptive d'emploi, déclare vouloir exercer l'emploi décrit.

Ce document est établi en quatre exemplaires :

- 1 pour l'agent
- 1 pour le responsable hiérarchique direct de l'agent
- 1 pour le directeur fonctionnel
- 1 dans le dossier individuel de l'agent (service du personnel)

Grade : IDE

Date d'entrée en fonction :

Départ prévu

Dénomination

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL : IOA

Grade : IDE

Textes statutaires de référence :

- Décret n°88-1077 du 30 novembre 1988 portant statut des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Direction de rattachement : Direction des soins

Localisation géographique : Service des urgences de Langon

Supérieur hiérarchique direct : Cadre de santé du service des urgences

DESCRIPTION DE L'EMPLOI

La fonction d'IOA consiste à accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté.

L'IOA doit anticiper les événements à venir pour chaque patient et déclencher chaque étape au meilleur moment pour réduire l'attente globale au sein du SAU.

Missions générales :

- **Accueillir** : c'est recevoir toutes les personnes se présentant aux urgences en détresse physique, psychologique ou sociale.
- **Evaluer – orienter** : c'est recueillir et analyser les informations utiles à une prise en charge adaptée, afin de diriger les patients en fonction de pathologie et du degré de gravité.
- **Trier** : c'est établir des priorités de prise en charge en fonction des niveaux de gravité précédemment établis.
- **Rassurer et soulager** : c'est permettre à la personne arrivant dans un milieu inconnu de se sentir considérée et en confiance. C'est aussi apporter une réponse satisfaisante à un problème évoqué ou perçu. C'est également effectuer les premiers actes de soins (pansement, prise des constantes, évaluation de la douleur).
- **Informier** : c'est fournir des renseignements utiles et significatifs à l'équipe soignante, au patient et à son entourage.
- **Organiser** : C'est répartir les tâches en fonction des locaux et de la disponibilité de l'équipe en vue d'une prise en charge optimale.
- **Gérer** : c'est répondre à une demande, une attente, un besoin ou une obligation à l'aide d'actions ciblées.



Missions spécifiques :

- Gérer les appels : pompiers, médecin traitant... afin de préparer la venue de ces futurs patients.
- Gérer la salle d'attente et déclencher la filière courte au moment opportun.
- Etre en relation directe avec les services supports (laboratoire et imagerie) pour anticiper la situation de ces services ainsi que leur temps de réponse et déclencher les relances nécessaires.
- Connaître le nombre de lits d'hospitalisation ainsi que les besoins en hospitalisation du service des urgences.
- Ne pas prendre part aux soins directs.

Fonction : ACCUEILLIR

Tâches :

- Accueillir toute personne se présentant aux urgences
- Identifier le motif de sa venue
- Rechercher un dossier médical antérieur, si prise en charge au sein des urgences.

Fonction : EVALUER

Tâches :

- Evaluer le degré de gravité

Si prise en charge par les urgences :

- Enregistrer les paramètres vitaux sur le dossier patient (protocole : premiers soins délivrés par l'IOA)
- Identifier les problèmes sociaux
- Avec conseils et accord d'un médecin, orienter certains patients vers la structure adaptée. (en cas d'afflux important de patients)

Fonction : SOIGNER – SOULAGER – PRENDRE EN CHARGE

Tâches :

- Installer le patient dans la position la plus appropriée à sa pathologie ou à son handicap
- Appliquer les protocoles spécifiques de prise en charge des patients dès l'accueil (protocole d'administration des antalgiques...)
- Rassurer patient et accompagnant
- Gérer les situations d'angoisse, de stress et de violence.

Fonction : TRIER

Tâches :

- Appliquer l'échelle de tri
- Assigner à chaque patient un niveau de gravité
- Appeler le médecin en cas de problème de tri (difficulté à cibler un niveau de gravité, une pathologie...)
- Orienter le patient vers la maison médicale.

Fonction : INFORMER – COMMUNIQUER

Tâches :

- Informer le patient et accompagnant de l'orientation, des délais et des modalités de prise en charge
- Expliquer et justifier l'attente
- Donner des nouvelles régulières aux accompagnants en salle d'attente
- Négocier le transfert des patients avec les services d'aval
- Contacter les relais extérieurs nécessaires (consultations de spécialistes), après accord d'un médecin urgentiste
- Informer le service des urgences de la disponibilité en lits de l'établissement, et des établissements extérieurs.

Fonction : GERER

Tâches :

- Gérer le flux de patients : déclenchement de la filière courte (plusieurs patients relevant de soins légers identiques : sutures, petites traumatologies)
- Gérer et limiter la présence d'accompagnant dans la zone de soins des urgences, avec entente préalable des médecins urgentistes présents.

Fonction : ANTICIPER

Tâches :

- S'informer des délais d'occupation des salles en s'aidant du tableau d'occupation des boxes.
- Prévenir les services d'aval des transferts, commander une ambulance ou appeler la famille du patient.

Fonction : SURVEILLER



Tâches :

- Accompagner tout patient de haute gravité dans la zone de soins des urgences
- Réévaluer régulièrement l'état des personnes en attente

Fonction : TRANSMETTRE

Tâche :

- Transmettre oralement les informations à l'équipe pluridisciplinaire lors de situations compliquées ou complexes médicalement ou socialement

Fonction : RESPECTER

Tâches :

- La confidentialité
- Faire respecter la confidentialité

Fonction : ALERTER

Tâche : Prévenir l'équipe soignante et médicale d'une affluence de patients

PROFIL REQUIS POUR CET EMPLOI

Diplômes requis :

- Diplôme d'Etat d'infirmier

Compétences professionnelles

- Avoir une expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence de deux ans minimum
- Avoir des connaissances :
 - Cliniques somatiques et psychiatriques
 - Biologiques, pharmacologiques et en hygiène
 - Des textes législatifs en vigueur, Médico-légales
 - Du fonctionnement institutionnel
 - Des rapports humains et techniques relationnelles
- Manutention des patients polytraumatisés.

Qualités professionnelles

- Savoir observer
- Capacité d'écoute
- Esprit de synthèse et d'analyse
- Avoir le sens des priorités
- Réactivité
- Esprit d'initiative et de décision
- Organiser son travail avec rigueur et méthode
- Esprit d'équipe
- Capacité à anticiper et à réagir

CARACTERISTIQUE DU POSTE

Exigences :

- Présentation soignée
- Etre identifiable pour les patients et leur entourage

Horaires : 14 h 30 - 22 h du lundi au vendredi

En dehors des heures de présence de l'IOA, l'accueil est effectué :

- De 8 h à 14 h 30 du lundi au vendredi : par la secrétaire d'accueil administratif
- De 22 h à 8 h et le week-end : par une IDE de l'équipe en poste.

EVALUATION

Un entretien d'évaluation sera fait tous les ans par le supérieur hiérarchique direct sur la base de cette fiche descriptive d'emploi.



Mettre en place un MAO

Problématique	L'accueil et l'orientation des patients aux urgences ont bénéficié de la mise en place d'une Infirmière Organisatrice de l'Accueil et de l'émergence de circuits spécifiques, tel que le circuit court. Pour aller encore plus loin dans l'amélioration, la suite logique consistait à positionner un médecin à l'accueil.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir un contact du patient plus précoce avec le médecin • Prescrire des examens plus rapidement
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le rôle du MAO • Définir l'articulation avec l'IOA • Définir son articulation avec certains circuits spécifiques • Déterminer une période test et organiser le planning médical en conséquence
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer déjà d'une IOA • Disposer d'une filière courte • Disposer d'une organisation des médecins qui permette de placer un MAO • Avoir une forte confiance et une bonne collaboration entre IOA et MAO
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Si le service des urgences ne dispose pas d'un circuit de prise en charge spécifique sur lequel positionner le MAO, ce dernier peut se retrouver sous occupé • La mise en place d'un MAO est fonction de l'activité du service. Sa valeur ajoutée n'est pas évidente pour des services des urgences de moins de 20 000 passages annuels, surtout en 24 heures sur 24
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • AP-HM Hôpital de la Conception • Centre Hospitalier de Charleville Mézières • Centre Hospitalier de Laon • CHI de Créteil • CHI des Portes de l'Oise • CHI Les Hôpitaux du Léman • CHU de Nantes
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Le Médecin d'Accueil et d'Orientation • Fiche de poste du médecin coordonnateur • Le médecin référent • Fiche de poste du médecin régulateur
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur • Adapter l'organisation à l'activité • Mettre en place une filière courte • Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

La mise en place de cette action met en jeu :

- Les médecins car il s'agit de mieux organiser leur activité pour dégager à effectif constant un poste de MAO
- L'infirmière d'accueil et d'orientation du fait de l'articulation de sa fonction avec celle du MAO

La démarche

La démarche est décomposée en quatre grandes étapes :

- Vérifier la faisabilité de l'action
- Formaliser les modalités de fonctionnement du MAO (horaires du poste, ressources mobilisées)
- Mettre en place avec une période de test
- Evaluer

Les objectifs recherchés par la mise en place d'un MOA peuvent être, par exemple pour l'Hôpital sud de l'AP-HM :

- Qu'il se préoccupe de positionner les patients dans le circuit court dans le service
- Qu'il s'occupe de réguler les flux dans le service à l'issue du tri IAO
- Qu'il décharge les autres de ce qui n'est pas du soin : faire le concentrateur des appels téléphoniques et de la coordination et de la gestion

Avant toute chose, il convient de vérifier s'il est possible de dégager un médecin sur ce poste. Cette étape peut être menée simultanément avec la deuxième, car en vérifiant qu'il est possible d'organiser les médecins pour placer un médecin au poste de MAO, les responsabilités du MAO ressortiront.

Avant la mise en place, il convient de formaliser plusieurs points :

- Horaire du poste (24 heures sur 24, plage de forte activité (10 h – 18 h par exemple), affectation temps réel en fonction de la charge du service, etc.)
- Tâches du poste
- Positionnement du MAO sur un circuit de prise en charge du patient ou non (circuit court, UHCD, etc.)
- Articulation et coordination avec l'IOA
- Nature du médecin qui occupera le poste de MAO (médecin SMUR ou urgentiste)
- Dotation du médecin coordonnateur d'un téléphonique unique et sans fil

Le MAO est très souvent utilisé conjointement avec le circuit court. En effet, du fait de la prise en charge médicale courte des patients de ce circuit, le MAO sera donc très souvent au poste d'accueil.

Une fois que ces éléments sont formalisés, la mise en place peut être facilitée par la définition d'une période test qui sera évaluée afin de constater ou non l'évolution vers les objectifs. Cette période test repose beaucoup sur le planning médical. Il convient donc d'organiser, en amont de cette période test, un planning médical en adéquation avec l'identification quotidienne du médecin sur le poste de MAO. A ce titre, il est important que le périmètre défini pour le MAO soit validé par l'équipe médicale et présenté aux soignants.

Il est souvent difficile pour un établissement de disposer d'un MAO tous les jours et sur une plage horaire élargie. Il ne faut pas pour autant abandonner l'idée. Il vaut mieux organiser chaque mois le planning médical avec des jours avec ou sans MAO.

Une modalité organisationnelle intéressante est d'avoir une rotation des différents médecins sur cette fonction. Au-delà de l'épuisement du médecin chargé de cette fonction et du maintien d'une double compétence (soins – coordination et pilotage de flux), la rotation est un moyen d'harmonisation des pratiques entre les médecins. Dans ce contexte, la formalisation du contenu de la fonction dans une fiche de poste est nécessaire.

Il est difficile d'organiser une évaluation chiffrée de l'impact du MAO car cette modalité organisationnelle possède un impact sur tous les patients. Il peut néanmoins être réalisé des calculs de délai de passage sur des jours avec et sans MAO pour évaluer la différence. Il peut également être réalisé un recueil sur le délai avant la prise en charge médicale pour vérifier qu'il est bien à la baisse.



Par ailleurs, si le MAO a comme responsabilité de prescrire des examens plus rapidement, notamment en contribuant à la prescription anticipée d'actes d'imagerie, il peut être utile de suivre les temps de passage des patients nécessitant des examens complémentaires.

Quelques résultats :

L'Hôpital Sud de l'AP-HM a constaté une baisse globale des délais de près de 25 minutes.

CHI des Portes de l'Oise

- Un profil pour le médecin référent quotidien a été défini et mis en application : il doit être polyvalent et le plus ancien dans le grade le plus élevé - Il doit être identifié sur le planning des médecins
- Horaires 9 h-18 h en journée. Un bip lui a été affecté.
- Il est le référent senior de l'équipe pour la journée et coordonne les flux
- Le médecin pédiatre est référent pour toutes les interrogations pédiatriques. Si le pédiatre n'est pas joignable, le médecin référent peut être amené à intervenir.
- Il doit veiller à prescrire le plus en « amont » possible en particulier lors de l'appel de l'IOA, lorsque qu'elle juge très probable la prescription d'examen complémentaires.

CHI de Créteil

Cette action a permis :

- Une sécurisation du travail de l'IOA
- Un contact direct avec les patients qui s'en trouvent rassurés et re dirigés parfois
- La centralisation des informations sur un médecin : un seul interlocuteur notamment pour le SAMU

CHU de Nantes

La mise en place d'un médecin coordonnateur a permis :

- Une précocité de l'avis médical initial
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge
- La forte réduction de la file d'attente
- D'assez nombreuses réorientations initiales des patients relevant d'une autre prise en charge que les urgences



Documents

Le Médecin d'Accueil et d'Orientation – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

LE MEDECIN D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

POURQUOI UN MAO ?

L'augmentation du nombre de passages aux urgences est liée au changement de comportement des usagers et à l'organisation des soins de ville. Aucune baisse de fréquentation n'est prévisible dans les années à venir avec obligation d'accueil de tous les patients. Le plus souvent les patients les moins atteints sont les plus agressifs en salle d'attente. En raison d'une grande attente par manque de place, il faut doubler des chambres, mettre des brancards dans les couloirs... Nous avons donc réfléchi à la mise en place d'un tri médical afin d'offrir une orientation rapide, adaptée aux patients ne relevant pas d'une pathologie urgente.

POSITION GEOGRAPHIQUE

Le MAO se tient au niveau du PAO (Poste d'Accueil et d'Orientation). Le PAO se situe en avant de la zone d'hospitalisation du SAU en face de la zone d'attente couchée. Il est constitué de deux salles d'examen et d'un bureau central. Il est équipé de moyens de surveillance des constantes et de matériel de soins.

LES MEMBRES DE L'EQUIPE

Le MAO travaille en collaboration avec l'IMA (Infirmière de Médecine d'Accueil). Ils prennent en charge les patients qui leur sont confiés par l'IOA (Infirmière Organisatrice de l'Accueil) après accord du MAO. Il peut orienter directement les patients à l'UHCD pour installation courte en chambre (antalgie par exemple) ou les adresser secondairement avec les prescriptions.

L'IMA réalise les prescriptions : ECG, bilans, ECBU, brancardage à la radio, au scanner...

LES OBJECTIFS PRINCIPAUX

Il s'agit de mettre en place une filière courte destinée à accueillir le patient ne nécessitant pas une hospitalisation urgente ou des soins lourds. Le passage systématique en zone « hospitalisation » entraîne une surcharge de travail : déshabillage, vestiaire, réfection de la chambre... ainsi qu'une attente beaucoup plus longue par saturation des lits d'accueil. Cette accumulation de patients en salle d'attente entraîne une agressivité certaine. Les patients ne relevant pas de soins urgents sont les moins tolérants et il vaut mieux les faire partir rapidement. D'autre part, il est plus facile d'obtenir des rendez-vous, des examens complémentaires ou encore des avis spécialisés en journée.

- Amélioration des flux
- Optimisation des délais d'attente
- Un désengorgement du secteur hospitalisation
- Une remise à disposition de lits pour les urgences vraies et les prises en charge lourdes
- Une réduction des tensions en salle d'attente

LES MISSIONS

Les patients à prendre en charge :

- Les AES
- Les TC non graves



- Les consultations relevant de la médecine de ville
- La « bobologie » non traumatique
- La psychiatrie sauf les intoxications graves
- Les consultations nécessitant l'avis d'un chirurgien
- Les infections urinaires, coliques néphrétiques...
- Les douleurs abdominales non graves
- Les patients relevant d'une hospitalisation à programmer
- Les patients dont le bilan est déjà fait
- Les problèmes ophtalmologiques, dermatologiques, ORL, rhumatologiques, etc.

Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive.

Les solutions peuvent être :

- Appel du médecin traitant et renvoi du patient
- Organisation d'une hospitalisation, d'un RV spécialisé à l'hôpital ou en externe
- Réaliser des examens complémentaires avec attente en salle d'attente
- Soulager les patients à l'UHCD
- Organiser des hospitalisations directes dans les services
- Demander avis spécialisé.

20 % des entrées sont vues en moyenne au niveau de ce PAO avec un taux d'hospitalisation très faible et une prise en charge très rapide.

A la demande des médecins de ville, il est envisagé de mettre en place un n° de téléphone unique qui permettrait de répondre à leur demande avec des conseils sur ce que nous pouvons faire ou pas, des mises en relation avec les spécialistes, des programmations éventuelles de rendez vous. Le but étant de ne pas faire venir les patients pour rien !

Cette nouvelle fonction se ferait en collaboration avec l'IMA.

LES QUALIFICATIONS

Le MAO est un médecin senior expérimenté, ayant une bonne connaissance de l'hôpital et un réseau d'interlocuteurs. Il est toujours disponible et joignable.

Actuellement, un poste d'assistant a été mis en place par l'ARH pour 4 ans à titre expérimental. En effet le MAO est un concept intéressant ne pouvant fonctionner qu'en binôme avec l'IMA, de ce fait notre service d'urgences est devenu référent pour la région pour cette nouvelle fonction.



Le Médecin d'Accueil et d'Orientation – CHI Les hôpitaux du Léman

FICHE DE POSTE DU MEDECIN D'ACCUEIL

Accueil et orientation de tous les patients.

Il définit le secteur, hospitalisation ou consultation, pour chaque patient.

Il anticipe les prescriptions :

- biologie
- imagerie médicale
- avis spécialisé

Il évalue la douleur et prescrit pour l'IAO sauf si une salle et un soignant sont disponibles immédiatement.

Il évalue la douleur thoracique : interrogatoire, FC, TA, SaO₂, T° et ECG.

Il évalue la suspicion d'AVC pour anticiper la demande de scanner cérébral.

Il retranscrit sur l'observation tous les renseignements recueillis à l'accueil auprès des pompiers, des ambulanciers ou des accompagnants.

Il réoriente les patients qui ne nécessitent pas de consultation aux urgences : soit après contact avec un spécialiste soit après prise de rendez-vous.

Il assure une éventuelle consultation de « bobologie », si l'accueil est très calme.



Le Médecin d'Accueil et d'Orientation – Centre Hospitalier de Laon

	CENTRE HOSPITALIER de LAON	FONCTION MAO	
	Date de création 01/01/2008 Réf :	Page sur Destinataires:	
Emetteur : Groupe projet audit Meah		Vérificateur : Mme le Dr E. LEMAIRE-NANNI Mme le Dr S. POLESE	Approbateur :

RÉDACTION/VALIDATION :

Ce document a été :

Rédigé par :	Validé par :
- Groupe projet audit Meah	-

FONCTION:

- Médecin d'accueil et d'orientation

ACTIVITES PRINCIPALES :

- Organisation de l'accueil et de l'orientation des patients arrivant au SAU en collaboration avec l'IAO.
- Gestion des patients d'UHCD quand présence de quatre médecins dans l'unité.
- Organisation de la gestion des lits et de la prise en charge des patients en interne.

LIEU D'EXERCICE:

- SAU : UHCD et accueil

PRESENTATION DU SERVICE :

Le Service d'Accueil des Urgences est une unité fonctionnelle, installée dans de nouveaux locaux depuis février 1999. Il comprend :

- 1 poste d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs familles. C'est là que se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation.
A proximité :
 - Le poste d'accueil administratif (occupé par un agent détaché du service des admissions)
 - Le poste de la secrétaire médicale
 - La salle d'attente
- 1 salle d'urgences permettant la prise en charge de 3 patients.
- 4 boxes d'examen (1 poste par box) pour la prise en charge des pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques.
- 1 salle de petite traumatologie (pose ou ablation de plâtre) : (2 postes)
- 1 salle de petites interventions.
- 1 salle polyvalente pour les soins externes et soins programmés et si besoin prise en charge des patients hospitalisés
- 4 chambres d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- 1 salle de bain / prise en charge initiale des patients

MISSIONS :

- Gestion des patients de l'UHCD quand quatre médecins présents, avec fiche de transmission jaune.
- Accueil et orientation des patients en interne.
- Vérification du suivi de la prise en charge

RATTACHEMENT :

Hiérarchique	Fonctionnel
- Mme le Dr E. LEMAIRE-NANNI	- Mme le Dr LEMAIRE-NANNI, chef de service



CRITERES D'ACCES AU POSTE :
Médecin assistant.

TEXTES DE RÉFÉRENCE :

Législatifs	Internes
- Recommandations MEAH	-

DESCRIPTIF DES ACTIVITES :

1- Présence de quatre médecins :

ACTIVITES	RESPONSABILITES
Gestion de l'UHCD le matin	<ul style="list-style-type: none"> Gestion. Utilisation de la feuille jaune de transmission, pour IDE et médecins.
Seniorisation	<ul style="list-style-type: none"> Senioriser les relations entre collègues du service, de l'institution et des structures externes (ville, spécialistes, autre institutions...)
Coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> Coordonne les soins et le flux A autorité pour déplacer un médecin de son secteur et/ou placer un patient dans un autre secteur. Cette autorité est relayée par l'IAO la nuit, le week-end ou en cas d'indisponibilité du médecin.
Filière courte	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des patients à pathologie courte, dans le bureau ou dans la salle de bain si patient en brancard. Gestion des consultations pouvant être faites en externe Mise en route des bilans.

2- Présence de trois médecins

Seniorisation	<ul style="list-style-type: none"> Senioriser les relations entre collègues du service, de l'institution et des structures externes (ville, spécialistes, autre institutions...)
Coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> Coordonne les soins et le flux A autorité pour déplacer un médecin de son secteur et/ou placer un patient dans un autre secteur. Cette autorité est relayée par l'IAO la nuit, le week-end ou en cas d'indisponibilité du médecin.



Fiche de poste du médecin coordonnateur – AP-HM Hôpital de la Conception

LE MEDECIN COORDONNATEUR

Objectifs :

- Réguler les flux de patients aux urgences permettant la réduction du délai d'attente et l'accueil optimum du patient.
- Retrouver une vision globale du service.
- Assurer la fluidité de la prise en charge pour augmenter la disponibilité des ressources
- Limiter l'attente et notamment le nombre de malades dans la zone de dégagement (objectif zéro malade en DZ)

Qui est-il ?

- Médecin senior bénéficiant d'une ancienneté suffisante : connaissance et maîtrise de l'activité et du fonctionnement du service et de l'hôpital (environ 2 ans d'ancienneté)
- Un médecin bénéficiant d'un savoir être et d'un savoir faire suffisant pour assurer ses missions

FICHE DE POSTE MEDECIN COORDONNATEUR

I/ IDENTIFICATION DU POSTE

Il doit être joignable en permanence sur le poste dédié DECT : N°...

Le médecin assurant cette responsabilité sera identifié sur le planning de présence en tant que coordonnateur, et son nom sera inscrit tous les matins sur le tableau blanc du PC.

- Horaire de travail : 10 h -18 h la semaine
- Il est bien entendu que lorsqu'il est en action, il n'assurera plus aucune activité clinique.

II/ MISSIONS

1/ Pivot central d'information et chef d'orchestre du service : Il centralise toutes les demandes d'admission de patients aux urgences par des médecins généralistes ou des médecins hospitaliers (transfert au DECT N° ... des appels du SAMU, des appels en lien avec un problème médical.... arrivant à l'accueil).

2/ Médecin référent pour l'IOA de tri.

- Etre à la disposition de l'IOA pour un conseil ou un appui.
- Référent de l'IOA pour les orientations ou les réorientations et pour avis de diagnostic et thérapeutique.
- Accélérer la prise en charge de certains patients ambulatoires.
- Gérer les flux de patients triés et orientés pas l'IOA.
- Lui annoncer systématiquement toutes les admissions dont il a connaissance.
- Peut aider à prescrire des examens radiologiques légers dès le tri, avant passage à la filière courte... (petite traumatologie).

Avis : Il donne des avis somatiques avant la consultation psychiatrique. Il donne les avis pédiatriques et gynéco-obstétrique dès l'accueil avant réorientation

3/ Médecin référent pour l'IOA d'organisation et gestion des soins.

- Peut prescrire certains soins pour anticiper la prise en charge dans le local flux avant installation en box: pansement, bilan biologique, HGT, un traitement antalgique selon EVA.
- Veille à la prise des constantes de tout patient nécessitant une surveillance avant l'installation en box
- Aide à équilibrer les secteurs en fonction des pathologies et des activités
- S'assure de la rotation dans les boxes sur la base des règles définies en collaboration de l'IOA avec l'aide des brancardiers : chaque malade a un box attribué et le conserve si possible jusqu'à la fin de la prise en charge
- Il coordonne le flux des patients en lien avec l'IOA.



- Il est référent des secrétaires pour les demandes urgentes (CMI urgents en retard ou oubliés et RDV)
- Il se tient informé en permanence de tout problème concernant les malades du SAU.

Transferts : Il est le correspondant de tout transfert vers le SAU (malade de ville, SAMU, établissement de santé autres, consultation intra hospitalière). Il est informé par ses collègues du devenir des malades du SAU.

Transmission : Le poste téléphonique, DECT n° ... est disponible de 10 h à 18 h et est transféré à partir de 18 h sur le poste xxx (PC médical). Il revient au médecin coordonnateur qui le conserve jusqu'à 18 h. Tout changement de coordonnateur est possible dans la journée à condition que la passation du DECT soit accompagnée d'une relève des problèmes en cours.

LES TACHES DU MEDECIN COORDONATEUR :

Dès sa prise de fonction :

1. Récupère le DECT en salle de staff et en récupère la ligne
 - Le poste DECT n°... est disponible sur sa base en salle de staff, tous les jours
 - Il revient au Médecin Coordonnateur de récupérer la ligne le matin avant sa prise en fonction
 - Manip : faire le 30 sur le DECT puis OK
2. Prend connaissance des personnes ressources (IDE, internes, seniors) et de leurs affectations géographiques sur le tableau blanc de présence du PC.
3. S'identifie comme médecin coordonnateur du jour sur le tableau blanc du PC et auprès des différents personnels du service.
4. Prends connaissance de l'activité globale du service dans les différents secteurs (nombre de patients, motif d'entrée, charge de travail de chacun....) et évalue le devenir à court et moyen terme de chaque patient (lister les malades en attente d'hospitalisation).
5. Prend connaissance avec le cadre de santé de l'état des lits disponibles sur sites et sur le CHU.
6. codage ? CMI ?
7. A 18 h, n'oublie pas de remettre son DECT sur sa base et de basculer la ligne.
 - Manip : le DECT n°... est basculé par le médecin coordonnateur sur le poste n°.... en faisant....31+ xxx puis OK.
 - Le DECT est laissé obligatoirement durant la nuit sur sa base.

Il est rappelé que le bon fonctionnement du service, notamment en terme de fluidité des patients, implique la participation de tous et qu'en aucun cas la création de ce poste de coordonnateur doit nous décharger de nos responsabilités propres pour maintenir cette fluidité.

Le médecin coordonnateur doit disposer des compétences suivantes :

Savoir faire :

- Polyvalence des activités médicales
- Connaissance parfaite du service et de son fonctionnement
- Capacité à gérer plusieurs dossiers en même temps
- Désir d'aider et de former les plus jeunes médecins et soignants.

Savoir – être :

- Esprit d'équipe et travail en collaboration
- Conscience d'être le responsable fonctionnel du SAU et se comporter comme tel
- Attitude d'écoute
- Attitude de tolérance et de respect
- Capacité à gérer ses émotions et à se maîtriser en toutes circonstances
- Capacité à s'imposer (à bon escient) et à imposer ses décisions
- Sens des responsabilités
- Méthode et pondération
- Disponibilité
- Rigueur dans les décisions

Cas particuliers :

En cas d'afflux important de patients hors plans de secours :

- Le médecin coordonnateur pourra alerter le cadre du service avec qui il va travailler en étroite collaboration.
- Le cadre du service réalisera un état des lits ponctuel et réservera ceux disponibles pour les malades en



attente d'hospitalisation.

- En cas de renseignement médical complémentaire demandé par le service accueillant le patient, il sera à la charge du médecin receveur de prendre contact avec l'urgentiste responsable du patient s'il le souhaite
- Il peut anticiper l'orientation des patients qui relèvent de l'UHCD, en s'assurant de ne pas perturber la continuité des soins (relève adaptée)
- Il fera tout, en collaboration du cadre de santé et de l'IOA d'organisation, pour accélérer les mutations dans les services d'hospitalisation, de façon à libérer les boxes.

Il accélère les orientations dans les services : en situation « de crise » et si la situation clinique du patient l'autorise, les examens complémentaires et notamment les prélèvements infectieux pourront être terminés dans le service receveur. De même, les résultats d'examens biologiques ne seront pas systématiquement attendus si cela n'est pas indispensable (notamment lorsque les médecins des services receveurs peuvent en prendre connaissance, ou pour tout examen qui ne modifiera pas l'orientation ou la prise en charge thérapeutique initiale).



Le Médecin Référent – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

LE MEDECIN REFERENT

Le médecin référent se tient dans le secteur de soins dit « d'hospitalisation » du SAU. C'est au praticien hospitalier de garde que revient ce rôle pendant une durée de vingt-quatre heures.

Outre ses prises en charges habituelles de patients, il est chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux de patients. Il a une vue globale du service et prend toute mesure permettant de faire face aux pics d'affluence et à l'engorgement du service.

Le médecin référent est en relation étroite avec l'IOA, infirmière organisatrice de l'accueil. Il fait le point régulièrement avec elle sur la situation du service et décide de mouvements de patients en vue de libération de box ou de chambres quand cela s'impose. C'est à lui que l'IOA s'adresse en cas de difficulté d'orientation d'un patient.



Le Médecin Référent – CHI des Portes de l'Oise

COORDINATION DE L'EQUIPE ET PILOTAGE DES FLUX

I – MISSION GENERALE DU MEDECIN REFERENT

Sa mission principale est d'améliorer la coordination au sein du service pour faciliter les prises en charge des patients par l'équipe.

Il doit permettre ainsi, surtout en période de forte activité, d'améliorer les flux de patients se présentant à l'accueil du service.

Il décharge ainsi, au maximum de ses possibilités, l'équipe médicale de ce qui ne relève pas de la clinique et du soin.

Pour ce faire :

- Il est l'interlocuteur unique des médecins hospitaliers, de l'administration de l'hôpital et des correspondants extérieurs.
- Il anticipe en lien avec l'IOA, la réalisation de certains examens complémentaires ou la recherche de lits ou des prises en charge rapides de certains patients.
- Il assure l'interface avec les services d'aval et facilite les relations avec ces derniers. Lorsque nécessaire, il facilite la recherche de lits et l'hospitalisation en chambre des patients le nécessitant.

II – FONCTIONS

Postulat :

Le médecin référent est « joignable » de 9 h à 18 h au poste xxx.

Tout changement de référent est possible dans la journée à condition que la passation du Bip soit accompagnée de la transmission des problèmes en cours.

1 – EN AMONT

Interface avec l'amont du SAU :

- Contact plus facile avec les médecins généralistes
- Note les informations des médecins extérieurs.

Régulation médicale en amont du SAU :

- Réoriente vers la ville ou d'autres structures
- Assure les consultations directes
- Réalise les programmations rapides de malades vers une consultation spécialisée ou une hospitalisation.

2 – EN LIEN AVEC L'IOA

Le médecin coordinateur se rend régulièrement à l'accueil afin de travailler en bonne intelligence avec l'IOA auprès de qui il reste disponible de 9 h à 18 h.

Si absence, prévenir l'IOA.

« Priorisation » des patients à évaluer entre l'IOA et le RÉFÉRENT

L'IOA s'assure que les conditions d'attente des patients à l'accueil sont satisfaisantes (information aux patients et à leurs familles, conditions matérielles d'attente) et informe le RÉFÉRENT si problème.

Anticipe la réalisation d'examen complémentaires : examens d'imagerie en particulier (spontanément et à la demande de l'IOA)

Favorise la prise en charge rapide des patients consultants

Hospitalisation directe à l'UHCD à son appréciation.

3 – ROLE AU NIVEAU DES SALLES DE SOINS

Gère le flux en limitant au minimum le temps d'attente d'examen complémentaires et de transfert dans les services.

Le médecin référent s'aide d'Uraquel pour connaître l'activité du service des Urgences.

4 – ROLE vis-à-vis de l'AVAL

Gère le flux en limitant au minimum le temps d'attente / horaire programmé de transfert dans les services.

Lien avec le service receveur pour accélérer le transfert d'un patient en cas d'arrivée des patients (par exemple : plus de deux « hospitalisations » en attente).

Assure l'interface en aval du SAU : Amélioration des relations avec les services hospitaliers (consultations directes, programmations ...)



Le médecin régulateur – CHI de Créteil

FICHE DE POSTE MEDECIN REGULATEUR

OBJECTIFS :

Avancer le premier contact médical et diminuer le délai de prise en charge médicale

MISSIONS :

Il est le référent de l'IOA pour les avis sur l'orientation des patients et veille sur la zone d'attente

Il coordonne la gestion des boxes en regard du flux des patients en lien avec les IDE et les médecins du secteur

Il est le médecin responsable du circuit court

Il coordonne les appels SAMU

☞ Transferts	<ul style="list-style-type: none"> Il est le correspondant de tout transfert vers le SAU (malade de ville, SAMU, établissement de santé autres, consultation intra-hospitalière). Il organise la prise en charge de toute personne victime d'un accident dans l'établissement ou à ses abords.
☞ Avis	<ul style="list-style-type: none"> Il voit les CNA ou organise leur prise en charge le cas échéant. Il peut décider de la ré-orientation d'un patient se présentant à l'accueil
☞ Mouvements des malades	<ul style="list-style-type: none"> Il décide de l'installation en box et du choix du box d'examen en cas d'afflux massif Il organise la mise en attente des malades, en accord avec ses collègues.
☞ Consultation	<ul style="list-style-type: none"> Il assure la consultation du circuit court Il envoie les malades de traumatologie en radio de l'accueil le cas échéant (fractures très déplacées, luxation...). Ces patients sont dirigés au retour vers le secteur de traumatologie.
☞ Horaires	<ul style="list-style-type: none"> Les horaires : 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi en fonction des possibilités du planning Il peut être joint au poste xxxx
☞ Profil	<ul style="list-style-type: none"> Le médecin dispose d'une expérience aux urgences d'au moins un an



Le médecin coordinateur – CHI Les hôpitaux du Léman

FICHE DE POSTE DU MEDECIN COORDINATEUR

Ce rôle est assuré par le médecin de l'UHCD 7 jours sur 7.

Il participe au staff du matin avec les médecins de la nuit et le cadre de service et assure un premier point pour évaluer les patients en attente dans le SAS.

Il assure la visite à l'UHCD de 9 h à 12 h pour anticiper d'éventuelles admissions.

Entre 12 h et 13 h, il assure un second point avec les médecins des urgences sur les patients en attente : pourquoi ?

- résultats d'examens.
- renégocier les examens en attente.
- décision du devenir du patient : sortie ou hospitalisation ?
- recherche de lits avec le cadre du service.
- décision de transfert inter hospitalier si besoin.

Entre 16 h et 17 h, troisième point avec les médecins et le cadre du service pour orienter les différents patients en attente et prévenir l'administrateur de garde si il existe un manque de lit pressenti.



Mettre en place un médecin de l'avant

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Service des urgences saturé par des patients levant pas forcément de sa compétence
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Accélérer la prise en charge des patients non graves
Description de l'action envisagée	<p>Formaliser une filière spécifique de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> Zone géographique Affectation des ressources humaines (médecins, infirmières) Définition des patients à prendre en charge dans cette zone
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Bonne coordination IOA – médecin de l'avant
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Modalité de mise en œuvre, notamment relations avec la filière courte, et horaires de mise en œuvre
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Perpignan
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Fonctionnement du médecin de l'avant
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Adapter l'organisation à l'activité Sectoriser la prise en charge Mettre en place un filière courte

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Document

Fonctionnement du médecin de l'avant – Centre Hospitalier de Perpignan

Fonctionnement du médecin de l'avant

Le médecin de l'avant assure la prise en charge des patients qui :

- à priori ne doivent pas être hospitalisés
- sont valides
- sont stables,

c'est à dire les CCMU P, 1 et 2,

CCMU P : patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostic ou thérapeutique.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'actes complémentaire diagnostic ou thérapeutique.

et non les CCMU 3, 4, 5

CCMU 3 : lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : situation pathologique engageant le pronostic vital. PEC ne comportant pas de geste de réanimation immédiate.

CCMU 5 : situation pathologique engageant le pronostic vital. PEC comportant la pratique immédiate de geste de réanimation.

- peuvent être gérés rapidement [radio standard, suture simple, biologie de base (NFS, hémostase, IONO 9, CRP), méchage épistaxis, contention orthopédique]

En conclusion, la plupart des personnes qui à priori ne doivent pas être hospitalisées.

Aide à l'orientation de l'IOA, amenant à garder une proximité géographique de la zone d'accueil par le médecin.

Sa zone de travail se situe en amont du service sur les petites salles (surtout l'ex IAO1).

La relève entre médecin de l'avant se fait à la personne identifiée sur le tableau de répartition.

La prise en charge d'un patient par le médecin de l'avant peut éventuellement être redirigé sur une autre filière après contact médical avec le médecin qui en assurera le relais.

Note établie le 08 avril 2008
Responsable UF, Dr JC Blénet

Validation chef du pôle des urgences
Dr Y. Garcia, le 15/04/2008



Assurer une prise en charge de la douleur à l'accueil par l'IOA

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge de la douleur constitue une obligation déontologique et légale Les modalités de sa prise en charge sont fortement hétérogènes suivant les services d'accueil des urgences
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge de la douleur dès l'entrée à l'accueil du service des urgences
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Conduire une étude rétrospective de 50 dossiers sur l'évaluation de la douleur, la proposition de traitement adapté, la réévaluation de la douleur pour juger de l'efficacité du traitement et l'adaptation en conséquence afin de disposer d'un état des lieux quantitatif Réaliser une analyse de processus pour conduire un diagnostic Analyser l'organisation de la prise en charge de la douleur existante Identifier les connaissances des professionnels sur la douleur et sa prise en charge Mettre en place des actions correctives
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Standardiser la prise en charge thérapeutique Rédiger ou mettre à jour des protocoles de prise en charge de la douleur aux urgences Mettre en place des EPP sur cette problématique
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Sécuriser les aspects logistiques
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Cambrai
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge de la douleur à l'accueil par l'IOA
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Document

La prise en charge de la douleur à l'accueil par l'IOA – Centre Hospitalier de Cambrai

Prise en charge de la douleur chez l'adulte à l'accueil aux urgences dans le cadre de la traumatologie en ambulatoire

REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
Nom : Dr Olivier BAILLEUL ; Isabelle GOSSE	Nom : Dr Dominique POLLET	Nom : Jean-Martin ANDARELLI
Fonction : Praticien Hospitalier ; Cadre de Santé, Urgences	Fonction : chef de service, urgences	Fonction : Directeur
Date :	Date :	Date :
Visa :	Visa :	Visa :

1. Objet

La prise en charge de la douleur constitue actuellement non seulement une obligation déontologique (art. 37 du Code de Déontologie) mais également une obligation légale. Elle est inscrite au Code de Santé Publique (art. L.1015) : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. »

2. Domaine d'application

Prise en charge de la douleur post traumatique, chez l'adulte ; dès son entrée à l'accueil des urgences.

3. Personnes concernées

Les IOA - médecins - étudiants en médecine - IDE - étudiants infirmiers.

4. Définitions et abréviations

IAO : Infirmiers (ères) d'Accueil et d'Orientation.

5. Cadre réglementaire

- Code de Déontologie
- Code de Santé Publique (art. L.1015)
- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. J.O. du 16 février 2002

6. Cadre de référence

- Procédure MEPM 053 R 01 Evaluation de la douleur
- Procédure SDSS 028 R 00 Cible prévalente Douleur



7. Descriptif du processus ou de l'activité

L'évaluation se fera avec l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), cotation 0 à 10. Le suivi de la douleur se fera avec le même outil.

- Classification adoptée (ANAES 2000) concernant l'intensité de la douleur et sa correspondance EVA :
1-3 : douleur légère = PALIER 1
3-5 : douleur modérée = PALIER 1 OU 2.
5-7 : douleur intense = (PALIER 2 + PALIER 1) OU PALIER 3.
>7 : douleur très intense = PALIER 3.

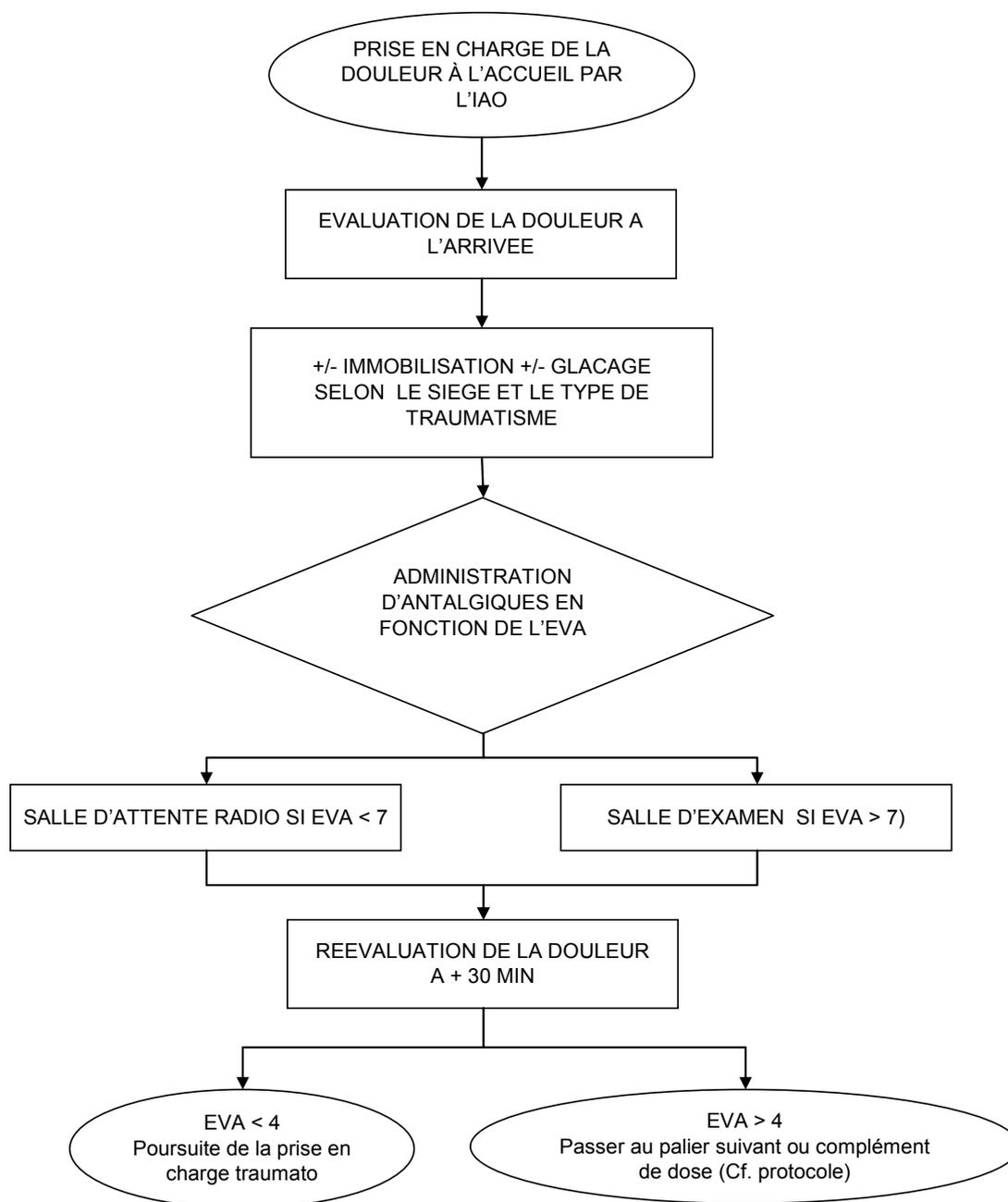
A partir de quelle intensité de douleur une intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? (ANAES 2000)

En ambulatoire le seuil retenu est 3. L'objectif est de ramener l'EVA en dessous de 3. L'immobilisation et le glaçage font partie intégrante de la prise en charge de la douleur.

- CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES SELON L'OMS
 - Palier 1: Paracétamol, aspirine et autres anti- inflammatoires non stéroïdiens (AINS), noramidopyrine.
 - Palier 2: Agonistes morphiniques faibles :
 - 2a: codéine, dextropropoxyphène, souvent associés à des analgésiques du palier 1.
 - 2b: tramadol (parfois associé au paracétamol), nalbuphine, buprénorphine.
 - Palier 3: Agonistes morphiniques forts :
 - 3a: administration orale ou dermique: chlorhydrate de morphine, d'hydromorphone ou d'oxycodone (formes orales), fentanyl (dispositif transcutané).
 - 3b: administration parentérale: morphine injectable, fentanyl injectable, rémifentanyl, phéthidine,...



Logigramme de la prise en charge de la douleur à l'accueil par l'IAO





PROTOCOLE THERAPEUTIQUE

DOULEUR LEGERE : EVA 1-3

	1 ^{ère} INTENTION	2 ^{ème} INTENTION
PALIER 1	Paracétamol PO Cp 1 g	Si paracétamol Contre indication ou allergie Profénid PO 50 mg

DOULEUR MODEREE : EVA 3-5

	1 ^{ère} INTENTION	2 ^{ème} INTENTION
PALIER 1 OU 2	Paracétamol PO Cp 1 g OU Tramadol 50 mg	Si paracétamol CI ou allergie Profénid PO 50 mg OU Tramadol 50 mg

- Si EVA proche de 3 palier 1
- Si EVA proche de 5 palier 2

DOULEUR INTENSE : EVA 5-7

	1 ^{ère} INTENTION	2 ^{ème} INTENTION
PALIER (1+2) OU 3	Efféalgan-Codéiné 1Cp OU Oramorph 0,4 mg/kg	Si paracétamol CI ou allergie Tramadol 50 mg + Profénid 50 mg OU Oramorph 0,4 mg/kg

- Si EVA proche de 5 palier (1+2)
- Si EVA proche de 7 palier 3

DOULEUR TRES INTENSE EVA > 7

Oramorph 0,4 mg/kg Per Os



PARACETAMOL

Administrations espacées d'au moins 4 heures.

Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique et d'hypersensibilité connue au paracétamol (très rare).

AINS ou ANTI INFLAMMATOIRE NON STEROIDIEN

Contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatocellulaire sévère, d'insuffisance rénale sévère, d'allergie connue à l'acide niflumique méfénamique et aspirine, antécédents récents de rectites de rectorragies et d'ulcère gastroduodéal évolutif.

EFFARALGAN-CODEINE

Association de paracétamol (500 mg) et de codéine (30 mg) par comprimé (sécable).

A partir de 15 kg.

Les contre-indications sont celles de la codéine ET du paracétamol.

ORAMORPH

Morphine à libération immédiate, unidoses de 10, 30 et 100 mg pour 5 ml, et flacon de 20 mg avec compte-gouttes (1 goutte délivre 1.25 mg de morphine).

Morphine à libération immédiate, unidoses de 10, 30 et 100 mg, avec compte-gouttes (1 goutte délivre 1.25 mg de morphine).

Dose de charge de 0,4 mg / kg sans dépasser 20 mg. Si besoin de dose complémentaire 0,2 mg / kg.

Contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la morphine ou à l'un de ses constituant, d'insuffisance respiratoire décompensée, d'insuffisance hépatocellulaire sévère, enfants de moins de 6 mois, épilepsie non contrôlée, de traumatisme crânien et hypertension intracrânienne, d'association avec la buprénorphine, la nalbuphine et la pentazocine.

Association déconseillée avec l'alcool.

CAT DEVANT UNE EVA > 3 APRES REEVALUATION

- Si le patient a reçu Paracétamol seul alors ajouter Tramadol 50 mg.
- Si le patient a reçu Paracétamol et Tramadol 50 mg alors faire complément dose de Tramadol et redonner 50 mg
- Si le patient a reçu Paracétamol et Tramadol 100 mg alors passer à Oramorph à 0,4 mg / kg.
- Si le patient a reçu Oramorph à 0,4 mg / kg et Paracétamol alors faire un complément de dose à 0,2 mg / kg d'Oramorph.



Mettre en place une échelle de tri

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de tri hétérogènes et « agent dépendant » • Délais de prise en charge des patients importants
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les éléments de choix qui permettront d'orienter le patient dans les différentes filières du service d'accueil des urgences • Avoir des délais de prise en charge adaptés aux patients
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser une échelle de tri des patients • La faire valider par les médecins et IDE • Former les agents au tri, notamment les IOA • Valider le respect des différents critères
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une échelle de tri adaptée à la maturité du service • Engagement des professionnels du service des urgences dans son application
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas complexifier l'échelle de tri et la rendre inopérante
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • AP-HM Hôpital de la Conception • AP-HM Hôpital Nord • Centre Hospitalier de Cayenne • Centre Hospitalier de Charleville Mézières • Centre Hospitalier de Landerneau • Centre Hospitalier de Moulins Yzeure • Centre Hospitalier de Perpignan • Centre Hospitalier de Royan • Centre Hospitalier de Roubaix • Centre Hospitalier de Saint Briec • Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges • CHI de Créteil • CHI des Portes de l'Oise • CHI Les Hôpitaux du Léman • CHR d'Orléans
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de l'accueil et du tri • Guide général de triage • Logigramme de tri avec la CCMU • Arbre de tri • Outil de travail de l'IOA • Echelle de tri • Fiche de tri des urgences • Principe du tri et de l'orientation • Grille de tri • 6 questions permettant à l'IOA d'orienter le patient vers le circuit court • Echelle de Glasgow (adulte) • Groupe de Masters (traumatismes crâniens) • Echelle NIHSS d'évaluation de l'AVC • Fiche de tri et d'orientation pédiatrique • Fiche de tri et d'orientation adulte • Echelle de triage • Objectifs de tri
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux • Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	



	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

L'échelle de tri peut être initiée par un petit groupe de travail pluridisciplinaire (médecins urgentistes, IDE et IOA). Elle doit ensuite être explicitée à l'ensemble du personnel du service des urgences.

La démarche

La démarche est décomposée en six étapes :

- Définir les objectifs de l'échelle de tri
- Analyser la bibliographie
- Elaborer une première version de l'échelle de tri
- Valider l'échelle de tri
- Mettre en œuvre l'échelle de tri
- Analyser les résultats obtenus et réajuster si nécessaire

La définition des objectifs de l'échelle de tri vise tant à préciser son rôle (aide à l'orientation, exploitation d'un premier bilan, etc.) que les acteurs qui seront en charge de son application (IOA, IDE, médecin coordonnateur). Les objectifs doivent également intégrer le niveau de maturité du service quant à l'exploitabilité d'une telle grille. Est-ce la première mise en œuvre dans le service des urgences ? Suivant les cas, l'échelle de tri pourra être simple ou intégrer des paramètres plus complexes.

L'analyse de la bibliographie permet de cibler le type d'échelle de tri qui sera utilisée (échelle canadienne par exemple)³.

Une première échelle de tri est alors élaborée par un comité ad hoc avant sa présentation et sa validation au sein du service.

Après une phase de mise en œuvre test, un bilan de l'utilisation de l'échelle est établi et permet de valider son applicabilité, sa compréhension et les résultats qu'elle permet d'obtenir.

Quelques résultats :

Centre Hospitalier de Saint Brieu

Pour faciliter le tri à l'accueil du service des urgences, les patients ont été classés en cinq catégories de « gravité ». Pour chaque score, le service a défini le délai maximum admissible avant que le patient soit pris en charge :

- Au niveau paramédical
- Au niveau médical
- En secteur de soins.

Cette fiche de tri est donnée ci-dessous.

Une évaluation sur une journée en février 2008 montrait une amélioration par rapport à l'audit réalisé en août 2007 :

	Août 2007*	Septembre 2007*	Février 2008
Accueil – IAO	5 min 44 s	5 min 54 s	4 min 41
Accueil - Soin	34 min 07 s	32 min 14 s	27 min 41

Une évaluation plus complète en juin montre que seuls certains des objectifs de délais maximum admissibles ont été atteints. Le tableau ci-dessous donne le pourcentage de patients pris en charge dans les délais par acteurs.

³ D'autres échelles de tri peuvent être : Australasian Triage Scale (ATS), Canadian and Acuity Scale (CTAS, Emergency Severity Index (EDI) aux Etats-Unis, Echelle du Manchester Group au Royaume Uni.

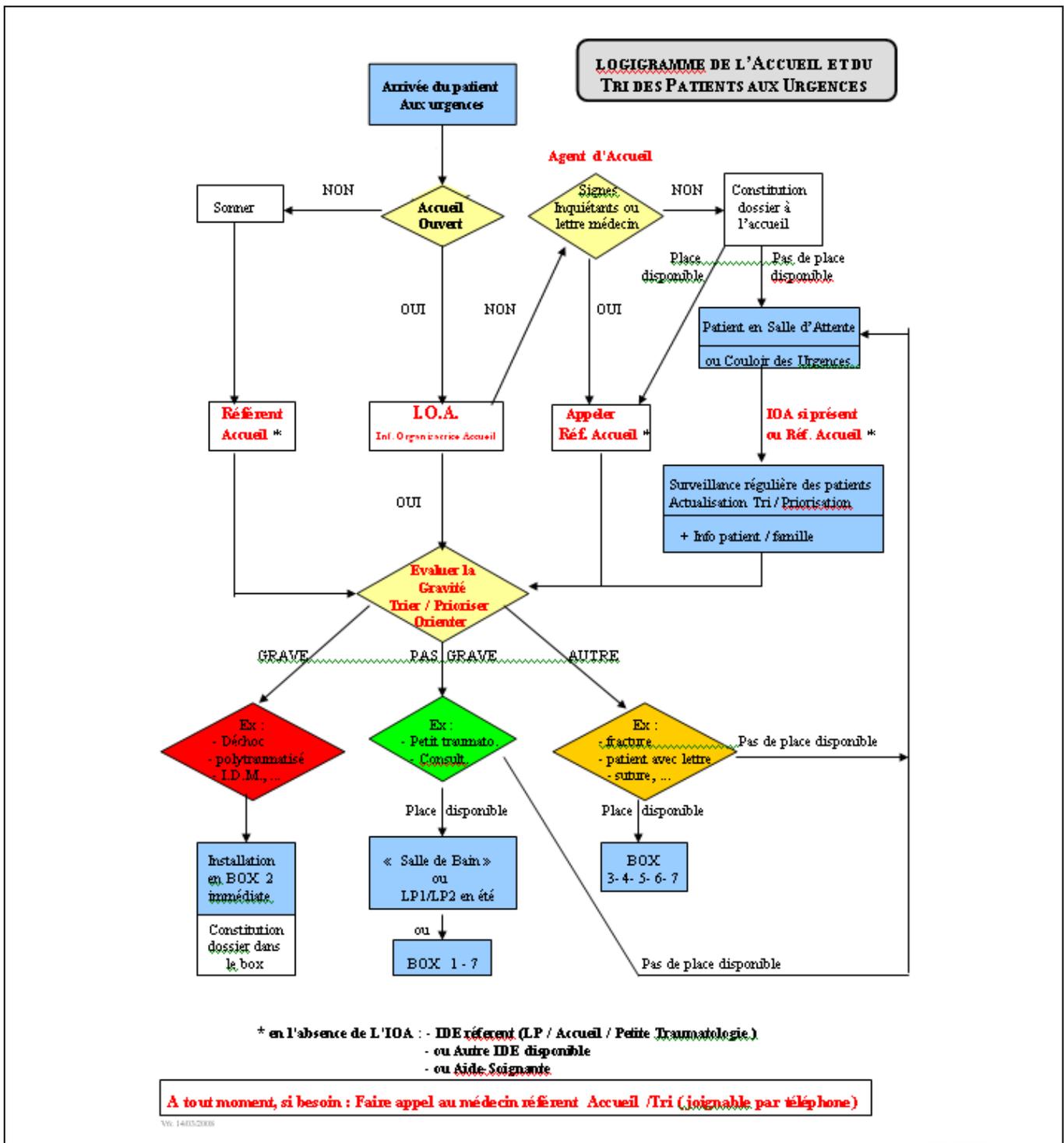


Score	Délai IDE	Délai Médecin	Délai Secteur
1	Aucun patients		
2	90%	50%	90%
3	92%	29%	47%
4	100%	36%	91%
5	90%	80%	100%



Documents

Organisation de l'accueil et du tri – Centre Hospitalier de Royan





ACCUEIL SOIGNANT TYPE DES PATIENTS AUX URGENCES

ACCUEIL / 1ERE EVALUATION

1 – CINQ QUESTIONS TYPES :

- Quoi ? Pourquoi ? : motif (s) de recours aux Urgences ?
- Quand ? : date et heure de début ?
- Comment ? : mode de début, circonstance, évolution ?
- Combien et où ? : intensité du symptôme, localisation ?
- Antécédents ? : épisodes similaires, antécédents, comorbidités ?

2 – MESURES DES PARAMETRES VITAUX :

▪ Adultes

- Conscience
- Fréquence cardiaque
- Tension artérielle
- Fréquence respiratoire
- SatO2
- Evaluation de la douleur (E.V.A.)

Autres : Fonction du terrain ou du motif de la consultation :

- Température – Dextro – Peak Flow
- Hémocue, B.U.,...

▪ Enfants

- Conscience
- Evaluation de la douleur (E.V.A.)
- SatO2

- Température,....

TRI

3 – PROPOSER UN TRI ET PRIORISER :

- A l'aide de tableaux de déterminants, définir le degré d'urgence (= Classe CCMU)

ORIENTATION

4 – ORIENTER OU INITIER LA PRISE EN CHARGE :

En fonction du degré d'urgence défini (= Classe CCMU) et de la disponibilité des locaux et du personnel médico-soignant, les patients sont orientés vers :

- **Box libres** : installation directe dans un box :

- **URGENCE VITALE / GRAVE** = CCMU V BOX 2 immédiatement
- **NON URGENT / PAS GRAVE** = CCMU I « Salle de Bain » Box 1-LP1 /2
- **AUTRES DEGRES D'URGENCE** = CCMU II, III, IV Box 3-4- 5- 6- 7

- **Box non libres** :

- Rediriger les patients vers la salle d'attente ou le couloir central des urgences (sauf Urgences Vitales). L'ordre de passage est déterminé à partir de la Classe CCMU, de spécificités (âge, ...) et actualisé en permanence à partir de l'évolution de l'état des patients présents et des nouveaux arrivants.
- Réalisation de 1^{er} soins dans la « Salle de bains » : Parage de plaie, ...
- **Service d'urgence non adapté** :
- Réorientation rapide après avis ou consultation médicale (Assistante Sociale, OPH, ...)

A tout moment, si besoin, faire appel au Médecin Référent Accueil / Tri (joignable par téléphone)



Guide général de triage (extrait) – CHR d'Orléans

14 nov. 2008

GUIDE GENERAL DE TRIAGE

Généralités

Devant l'augmentation considérable du nombre de consultation et d'hospitalisation en urgence dans le service du SAU du CHR d'Orléans, le phénomène d'engorgement du SAU est devenu chronique.

Pour répondre au volume fluctuant de patients on doit mettre en place un processus de tri permettant aux soignants de déterminer la priorité des soins en fonction de l'urgence et de la gravité des cas.

L'efficacité du triage est lié aux capacités d'appropriation de la procédure par les équipes soignantes, à son intégration dans l'organisation des filières de soins et à sa prise en compte par tous les soignants, médecins et non médecins, tout au long de la prise en charge.

Concept de tri au SAU

Le système de tri est un processus qui consiste à identifier, évaluer et classer les problèmes de santé des patients qui se présentent au SAU selon des critères établis. Ce processus permet de déterminer la réponse la plus appropriée à leurs besoins, dans des limites de temps acceptable.

Ses objectifs sont donc :

- évaluation rapide par un professionnel de santé de tout patient se présentant aux urgences
- admission en priorité des patients dont l'état requiert une attention immédiate
- établissement d'un ordre de priorité pour la prise en charge des patients ne nécessitant pas une prise en charge immédiate
- réorientation des patients vers une structure de soins dans certains cas
- réévaluation régulière compte tenu des risques de dégradation de l'état clinique
- amélioration de la satisfaction des patients et familles par un accueil personnalisé, diminution de l'anxiété, éducation et information des patients
- diminution éventuelle du temps d'attente
- amélioration du fonctionnement du SAU
- évaluation des résultats obtenus dans le cadre d'une démarche qualité

A chaque niveau de tri sont associés un délai d'attente de prise en charge paramédicale et médicale, une fréquence de réévaluation et un seuil de performance qui correspond à un objectif à atteindre pour que le tri soit efficace.

Ces délais sont idéaux ("ce que nous voudrions atteindre comme objectif »)

Niveau de triage	UA	U1	U2	UR
Délai Prise en charge IDE	immédiat	immédiat	20 mn	45 mn
Délai Prise en charge médicale	immédiat	20 mn	60 mn	120 mn
Seuil de performance	100 %	90 %	85 %	80 %



Rôle du personnel de triage

1. Accueillir les patients et leur famille avec empathie
2. Effectuer une évaluation visuelle rapide
3. Documenter l'évaluation
4. Assigner un niveau de triage en utilisant les guides appropriés
5. Accompagner ou amener le patient en zone de soins lorsque c'est nécessaire
6. Dans le cas n°5 donner les informations à l'IDE ou au médecin en zone de soins puis retourner en ZAO
7. Informer les patients et leur famille des délais de prise en charge et de l'évolution
8. Informer les patients du « circuit patient au SAU » et expliquer au patient qu'il doit signaler tout changement de sa condition

Qualification du personnel de triage

Se référer :

- « Le référentiel métier de l'IOA au SAU »
- « Fiche de poste AS en ZOA » (en cours de modification)
- « Fiche de poste MAO » (en cours de modification)

Processus de triage

Un niveau de triage doit être affecté à tous les patients

Le triage est un processus dynamique. La condition des patients peut s'améliorer ou se détériorer durant le délai d'attente de la prise en charge paramédicale et médicale

Afin de ne pas dépasser 10 minutes entre le délai d'arrivée du patient et le triage ; il peut être nécessaire de limiter le contact initial à une évaluation sommaire de 2 minutes au maximum.

L'évaluation complète est plus détaillée et détermine de manière plus précise le degré de priorité des soins à offrir au patient en fonction de sa condition physique.

- Tous les patients doivent être évalués (au moins visuellement) dans un délai de 10 minutes après l'arrivée au SAU
- Conduire tous les patients assignés au niveau UA (et certaines U1) en zone de soins, où une évaluation plus approfondie doit être complétée par l'IDE de cette zone
- Favoriser une évaluation rapide si 2 patients ou plus attendent leur évaluation de triage
- Reprendre une évaluation plus approfondie lorsque l'on a pu évaluer au moins sommairement tous les patients en attente

Éléments inclus dans l'évaluation de triage

1-Motif de consultation au SAU :
description par le patient de son problème

2-Validation et évaluation du motif de consultation :

- Évaluation subjective : *début-évolution-durée*
 - début des symptômes avec heure exacte
 - que faisiez vous lorsque les symptômes ont commencé ?
 - combien de temps les symptômes ont ils duré ?
 - les symptômes sont ils constants ou intermittents ?
 - les symptômes sont ils actuellement présents ?
 - où est le problème ? en écrire le caractère et s'il y a douleur son intensité (échelle de douleur à documenter), irradiation ?
 - existe t il des facteurs d'aggravation ou de soulagement ?
 - épisode antérieur similaire ? si oui, quel en était le diagnostic ?



- Evaluation objective :
 - signes vitaux : pression artérielle, pouls, SaO2, FR, temp (recueillis en zone de soins si UA)
 - apparence physique : coloration, aspect de la peau, grimace
 - degré de détresse : respiration difficile, sueurs ...
 - conscience
- Informations additionnelles :
 - allergies
 - traitement en cours
 - antécédents, médecin traitant

L'objectif de l'entrevue de triage est de recueillir suffisamment d'informations pour permettre de porter un jugement clinique sur le degré de priorité des soins mais non d'effectuer un diagnostic médical. L'entrevue est de deux à cinq minutes. Il ne s'agit pas d'une évaluation complète (l'IDE de la zone de soins doit compléter l'évaluation)

On passe également beaucoup de temps au triage pour soulager l'anxiété du patient ou de sa famille

Normes de documentation :

Informations à renseigner :

- nom de l'IOA et du MAO si il intervient (noter initiales du MAO et « par tel » si avis par téléphone)
- date et heure d'arrivée et donc d'évaluation de triage
- identité du patient
- zone de soins assignée : circuit classique ou court, déchocage
- niveau de triage assigné
- motif de consultation
- histoire subjective limitée et début des symptômes ou heure du traumatisme
- évaluation objective
- traitement, allergies, antécédents, médecin traitant (facultatif)
- inventaire des valeurs (prothèse auditive ou dentaire, lunettes).
- intervention du MAO : antalgie, radio.

Document de tri à renseigner :

FICHE MEDICALE MAO/IOA (annexe 1)

Ce document doit être rempli en ZAO par l'IOA et le MAO si il intervient. Il est utilisé comme support de transmission des informations recueillies à l'accueil pour le secteur de soins. Il fait partie intégrante du dossier médical

URQUAL

L'IOA renseigne au minimum le motif d'admission et le niveau de tri

Réévaluations :

Tous les patients doivent être réévalués par une IDE, en zone de soins

Les délais de réévaluation sont liés au niveau de triage affecté au patient en ZAO

Ceci permet de s'assurer que les patients sont réévalués en temps opportun pour vérifier si leur condition ne s'est pas aggravée (ou évaluation de l'efficacité de l'antalgie)

Lorsqu'une conduite médicale est décidée ou que le patient est stabilisé, la fréquence de la réévaluation dépendra des protocoles de soins en vigueur ou des prescriptions médicales



Niveau UA	Niveau U1	Niveau U2	Niveau UR
Soins continus	Chaque 15 mn	Chaque 60 mn	Chaque 120 mn

Lorsque le délai pour l'évaluation médicale d'un patient est dépassé (majoration de 50 %), son niveau de triage peut être rehaussé par l'IDE pour éviter de longs délais (dans le cas d'arrivée continue de nouveaux patients dans les niveaux de tri prioritaires)

Sommaire des catégories de triage

Il s'agit d'une liste de raisons de consultation ou situations cliniques auxquelles correspond un niveau de triage. Cette liste n'est pas exhaustive ou absolue dans son application. (**annexe 2**)

Le personnel de triage doit être encouragé à utiliser son expérience et son intuition pour rehausser le niveau de priorité si besoin.

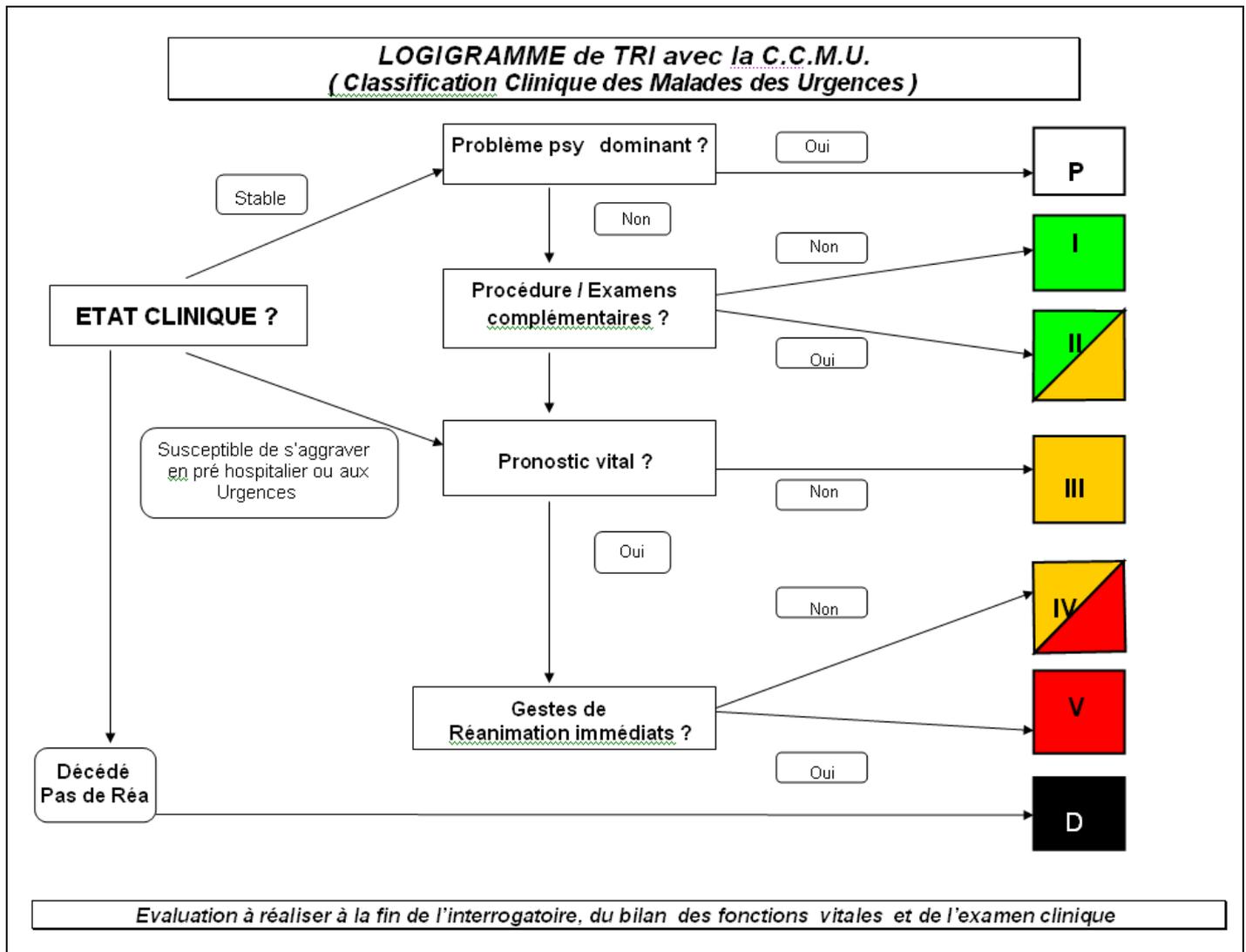
En conclusion

L'évaluation de l'introduction de ce triage au SAU est nécessaire (avec l'aide des indicateurs déjà analysés lors de la première phase de l'audit). D'autres indicateurs seront à déterminer. Il est essentiel de faire cette évaluation sur une période de 4 semaines minimum.

Cette organisation n'est pas figée et doit être réévaluée régulièrement pour l'améliorer en fonction des points faibles diagnostiqués et de l'évolution du type d'activités au SAU.



Logigramme de tri avec la CCMU – Centre Hospitalier de Royan





ECHELLE DE TRI / CCMU

CLASSE CCMU	COULEUR	INDICE DE GRAVITE	DEFINITIONS	DELAI DE L'EXAMEN MEDICAL	ORIENTATION
P			Patient présentant un problème psychologique et / ou psychiatrique dominant l'absence de toute pathologie somatique instable	Dépend de l'indice De gravité CCMU	Box Bureau Médical
I		Non Urgent	Etat lésionnel et / ou pronostic fonctionnel jugés stable . Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences	< 120 min	<u>Circuit court</u> : Box 1-7 - LP1 - 2 « Salle de Bain »
II		Moins Urgent	Etat lésionnel et / ou pronostic fonctionnel jugés stable . Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences	< 60 min	Box1-3-4-5-6-7
III		Urgent	Etat lésionnel et / ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital	<30 min	Box 3-4-5-6
IV		Très Urgent	Situation pathologique engageant le pronostic vital . Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.	< 15 min	BOX 3-4-5-6 <u>Déchoc</u> Box 2
V		Réanimation	Situation pathologique engageant le pronostic vital . Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation .	Immédiat	<u>Déchoc</u> Box 2
D		Décès	Patient décédé . Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des Urgences		Morgue



Arbre de tri – AP-HM Hôpital de la Conception

Arbre de tri favorisant la prise de décision de l'IOA de TRI

- Devra-t-on vraisemblablement déshabiller le patient?
- Devra-t-on vraisemblablement allonger le patient?
- Le niveau de gravité correspond-il à U1, U2 ou U3 (sur 5)?
- Devra-t-on vraisemblablement réaliser un bilan biologique sauf AEV?
- Devra-t-on vraisemblablement explorer ou suturer une plaie (temps de suture supérieur à 20 minutes?)

non à toutes ces questions

FILIERE COURTE

oui à au moins une question

Filière Longue



Outil de travail de l'IOA de tri – AP-HM Hôpital de la Conception

Quatre niveaux d'urgence sont définis, de U1 à U4 et deux circuits : circuit court et circuit long

L'IOA de tri doit définir :

- si le patient peut rester debout. Le patient ambulatoire est orienté directement au circuit court ou accompagné par un brancardier
- si l'on doit l'allonger (circuit long). Elle transmet alors le patient et la fiche de tri à l'IOA d'organisation dans le local flux

U1 : Urgence Absolue	U2 < 5' Urgence relative	U3 < 1H Urgence ressentie	Consultation de Médecine Générale
THERAPEUTIQUE PRISE EN CHARGE IMMEDIATE	DIAGNOSTIC	CONSULTATION URGENTE	- MOTIF D'ENTREE NON URGENT
Détresse Vitale	TA < 8 > 20	Constantes normales	- Renouvellement de traitement - CMI
Respiratoire :	FC < 50 > 120	Ex : - Petite traumatologie - Plaie - AEV - Consultation psy - allégation de coups	
Cyanose	Glasgow < 10		
Tirage	FR < 12 > 25		
Sueurs	EVA > 6		
Circulatoire			
Cardio respiratoire			
Pouls filant Marbrure des membres Paleur			
Neurologique			
- Trouble de la conscience important - Absence de réponse à la stimulation verbale, douloureuse et motrice			
Douleur aigüe somatique et psychologique			
Violence et mise en danger du personnel			
FILIERE LONGUE	FILIERE LONGUE	FILIERE COURTE	FILIERE COURTE



Echelle de tri – AP-HM Hôpital Nord

ECHELLE DE TRI - URGENCES ADULTES - HOPITAL NORD			
UA prise en charge immédiate	U1 prise en charge 30 minutes	U2 prise en charge 60 minutes	U3 prise en charge 90 minutes
<p>Agitation extrême avec violence : HDT</p> <p>Amputation d'un membre</p> <p>Arrêt cardiaque ou respiratoire</p> <p>AVC moins de 3 H</p> <p>Bradycardie < 50</p> <p>Brûlure grave (atteinte visage - thorax)</p> <p>Coma non réactif à la douleur</p> <p>Convulsions</p> <p>Détresse respiratoire : cyanose, tirage, difficultés à parler, sueurs</p> <p>Douleur thoracique évoquant un infarctus ou facteur de risque important</p> <p>Etat de choc : marbrure, tachycardie, temps de recoloration</p> <p>Hémorragie extériorisée abondante</p> <p>Plaie délabrante</p> <p>Polytraumatisé</p> <p>Purpura avec hyperthermie</p> <p>Tachycardie > 120</p> <p>Transport primaire</p> <p>Traumatisme cranien avec signes neurologiques</p> <p>Traumatisme du rachis avec déficit neurologique</p>	<p>Brûlures</p> <p>Brûlures oculaires</p> <p>Céphalées intenses, brutales inhabituelles</p> <p>Douleur thoracique atypique</p> <p>Douleurs abdominales intenses</p> <p>Dyspnée sévère</p> <p>Electrisation</p> <p>Etat de conscience altéré Glasgow entre 9 et 12</p> <p>EVA > 8 + posture</p> <p>Hémorragie extériorisée non abondante</p> <p>Hypothermie</p> <p>IMV</p> <p>Intoxication au CO</p> <p>Ischémie</p> <p>Œdème de Quincke</p> <p>Rachialgie avec signes neurologiques</p> <p>Rétention urinaire aigüe</p> <p>Signes d'infection grave</p> <p>Suspicion AVC > 3 H</p> <p>Suspicion de fracture ou luxation</p> <p>Syndrôme méningé</p> <p>Torsion testiculaire</p> <p>Transport secondaire</p> <p>Traumatisme abdominal et thoracique sans signe de choc</p> <p>Traumatisme sévère du rachis sans déficit neurologique</p>	<p>Abcès</p> <p>AEV en dehors des heures d'ouverture du CISIH</p> <p>Affection cutanée fébrile et/ou étendue</p> <p>Anémie sans gravité</p> <p>Consultation patient psy</p> <p>Déséquilibre diabète</p> <p>Douleur abdominale non intense</p> <p>Dysnée modérée</p> <p>Hyperthermie avec notion de retour de voyage à risque</p> <p>Malaise</p> <p>Plaie étendue</p> <p>Pré DT</p> <p>Priapisme</p> <p>Réaction allergique avec gêne</p> <p>Suspicion phlébite et œdème membre inférieur</p> <p>TC + PDC</p> <p>Traumatisme non sévère avec impotence fonctionnelle</p>	<p>Contusions diverses et petits traumatismes</p> <p>Algie dentaire en dehors des heures d'ouverture de l'école dentaire</p> <p>Ampoules : pieds, mains</p> <p>Brûlure 1er et 2ème degré (- 3'</p> <p>Cervicalgie, dorsalgie et lombalgie</p> <p>Choc émotionnel après appréciation</p> <p>Constipation chez sujet de - 60 ans antécédent</p> <p>Demande de certificats médicaux</p> <p>Dermabrasion</p> <p>Douleur abdominale type colique et</p> <p>Eruption cutanée diverse sauf S</p> <p>Hémorroïdes</p> <p>Morsure, griffure</p> <p>Panari non chirurgical</p> <p>Petit traumatisme sans impotence fonctionnelle</p> <p>Petite plaie à suture</p> <p>Piqûre d'insectes, vive, méduse, éc</p> <p>Problème ORL : bouchon, corps ét</p> <p>Renouvellement ordonnance</p> <p>Syndrômes viraux : angine, otite, gastro entérite</p> <p>Tendinite</p> <p>Torticolis</p>



Echelle de tri – Centre Hospitalier de Cayenne

TRIAGE DES PATIENTS ADULTES A L'ARRIVEE AU SAU

NEUROLOGIE	ouverture des yeux	néant : 1 à le douleur : 2 sur demande : 3 spontanée : 4			
	réponse verbale	néant : 1 incompréhensible : 2 inappropriée : 3 confuse : 4 orientée : 5			
	réponse motrice	néant : 1 en extension : 2 en flexion : 3 en retrait : 4 écarte stimuli : 5 exécute un ordre : 6			
	Score Glasgow	SG inférieur à 7	SG entre 8 et 11	SG entre 12 et 15	SG = 15
VENTILATION	Convulsions (O/N)	en cours	confusion post critique	crise depuis + de 6 H	néant
	perte de la mobilité des 4 membres et/ou de l'élocution		apparition < 24 H	apparition > 24 H	néant
CIRCULATION	SaO ₂	< à 92%	entre 92 et 94%	entre 95 et 96%	97 à 100 %
	FR	< 9 ou > 25	entre 9 et 12 ou entre 20 à 25	entre 12 et 20	entre 12 et 20
	Bruits respiratoires anormaux	présents et si associés à un autre critère	présents	absents	absents
TRAUMA	FC	< 45 ou > 130 / mn	entre 45 et 70 ou 100 et 130	entre 70 et 100 / mn	entre 70 et 100 / mn
	PNI (systolique)	< 80 et > 200 mm Hg	80 <PNI < 95 170<PNI<200	95 < PNI < 170	95 < PNI < 170
	PNI (diastolique)	< 35 et > 110 mm Hg	35<PNI<55 ou 100<PNI<110	55 < PNI < 100	55 < PNI < 100
	Saignement	non contrôlé	contrôlé partiellement	contrôlé	néant
PSY	Fractures ou suspicion	ouverte / polytraumatisé	fermée siègeant au dessus du poignet et de la cheville	fracture fermée siègeant au dessous du poignet ou de la cheville	contusions isolées, hématomes
	Plaie	délabrement cutanéomusculaire	plaie profonde ou étendue ou plaies multiples	plaie superficielle, peu étendue, dermabrasions	plaie à coller au dermabond si pas de place en ZST
	Brûlures	3° et 2° deg profond ou > 20% surf corp ou brûlures face, org génitaux	2° deg superf ou 1° deg si >10% de surface corporelle	2° deg superf (phlyctène) et < 10% de surf corporelle	1° deg =érythème sans phlyctène < 10% de surf corporelle
AUTRES		incontrôlé	agité, agressif	calme	
	T°	>40°	< 34° ou > 39°	entre 34° et 39°	normale
	Dextro		<0,7 g/l ou > 4g/l	0,7 g/l-Dextro<4g/l	
	EVA		> 5	< ou = 5	< 4
	Contexte épidémique signalé		signes recherchés présents		
	Obstétrique	accouchement en cours	accouchement imminent		
	Drépanocytose		crise drépanocytaire		
	Autre				
<u>BILAN DU TRI</u>		URGENCE VITALE si un des critères de la colonne	PREMIERE URGENCE	DEUXIEME URGENCE	NON URGENT
Conduite à Tenir		Appel immédiat du 4040 puis SAUV Prise en charge immédiate en SAUV Gestes d'urgences des la ZAO	Appel rapide du 4040 Prise en charge rapide < 15 mn en box selon avis du médecin référent	Appel ZEDST Prise en charge différée, Attente en post tri. Ordre de passage défini par médecin référent	Envoi au bureau de consultation ZAO ou le soir, le week end et JF proposer le médecin libéral de garde

Document réalisé par Dr Jean LAVERSANNE (SAU CHAR) et Me Marie-pierre DUBAN (SAU CHAR), validé par Dr Jean-Michel FONTANELLA(chef de service du SAU du CHAR) le 1 er mars 2006.

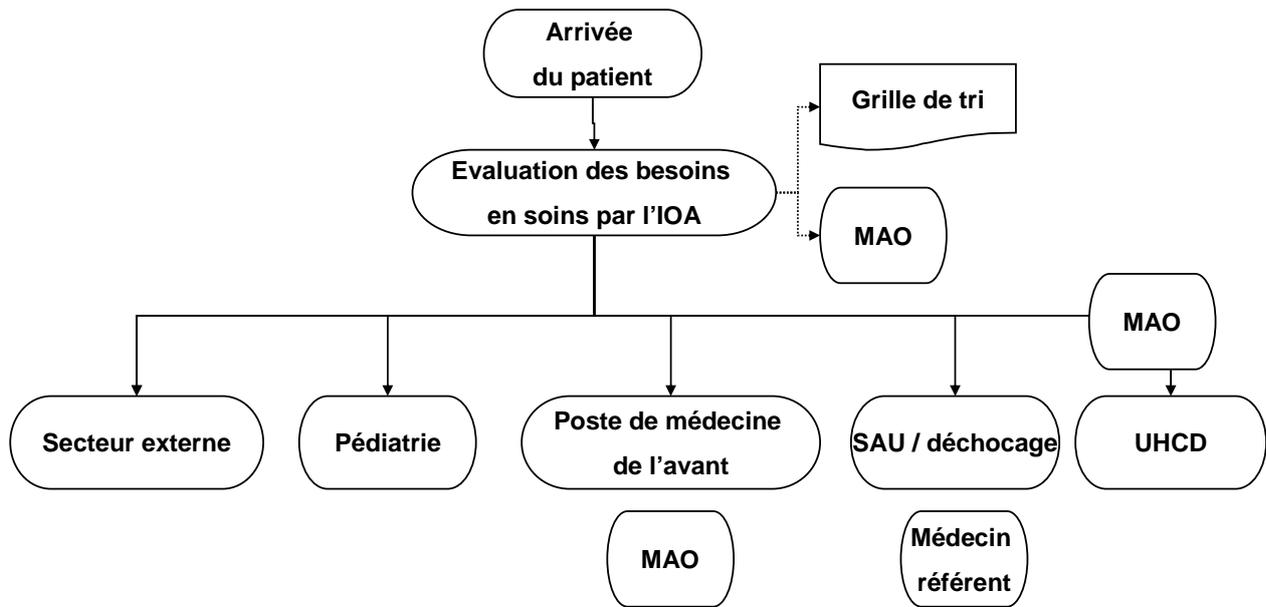


Fiche de tri des urgences – Centre Hospitalier de Cayenne

<i>Etiquette</i>	NEUROLOGIE	Yeux :													
		Verbal :													
		Motricité :													
		Glasgow	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		Convulsions (O/N)													
		Raideur nuque (O/N)													
	VENTILATION	Autre													
		SaO ₂ / FR													
		Cyanose (O/N)													
		Sueurs (O/N)													
		Tirage (O/N)													
		Dyspnée (O/N)													
	CIRCULATION	Autre													
		FC													
		PNI													
Pâleur (O/N)															
PSYCHIATRIE	Saignement +/-														
	Autre														
	Comportement														
TRAUMATOLOGIE	Autre														
	Localisation														
	O = Plaie														
	* = Fracture														
	Δ = Brûlure														
AUTRES	X = Luxation														
	VAT														
	Autre														
	T°														
	Dextro														
BILAN DU TRI	EVA														
	Poids														
	Autre														
<i>Signature :</i>															
	Conduite A Tenir	URGENCE VITALE	PREMIERE URGENCE	DEUXIEME URGENCE											
		Prise en charge immédiate	Prise en charge rapide	Prise en charge différée											

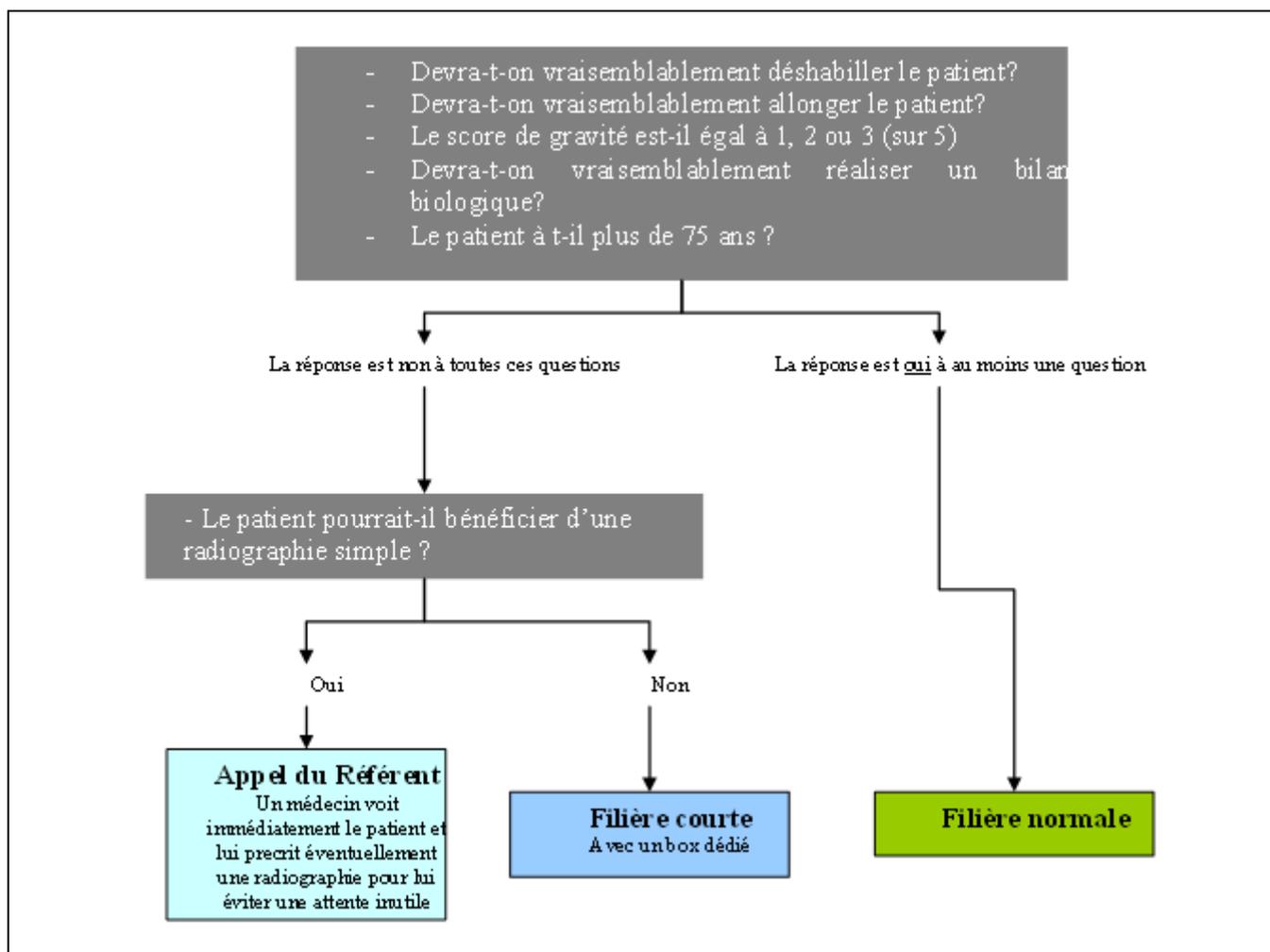


Principe du tri et de l'orientation – Centre Hospitalier de Charleville Mézières





Grille de tri – CHI des Portes de l’Oise





Grille de tri – CHI Les hôpitaux du Léman

NIVEAU 1	NIVEAU 2
<p style="text-align: center;"><u>URGENCE VITALE OU ABSOLUE</u></p> <p style="text-align: center;">PEC par IDE et médecin <u>immédiate</u></p>	<p style="text-align: center;"><u>URGENCE IMMEDIATE</u></p> <p style="text-align: center;">PEC par IDE immédiate et par un médecin <u>dans les 20 mn</u> (réévaluation régulière par IDE)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Agitation. - ACR. - Brûlure: - Grave de la face - Atteinte des voies aériennes - > 30% de la SC - CNH. - Coma: - TC grave - IMV - Détresse respiratoire aigüe: - Asthme aigu grave - Pneumothorax suffocant - Insuffisance cardiaque aigüe - Douleur thoracique: - IDM - Anévrysme aorte fissuré - Etat de choc: - Allergique - Cardiaque (IDM , OAP ...) - Hémorragique (digestif, post-traumatique, plaie...) - Psychologique - Etat de mal épileptique. - Poly-traumatisme. - PEDIATRIE: - Dyspnée (épiglottite) - Convulsion hyperthermique 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la vigilance(sommolence, agitation) : Hypoglycémie , TC, Hémorragie cérébrale , Hypotension, IMV. - Céphalées , vomissements (et/ou fièvre): Méningite, Hémorragie méningée. - Déficit neurologique (Hémiplégie, paralysie faciale, paresthésies): AIT, AVC. - Difficultés respiratoires: BPCO, Pneumopathie, Asthme sévère, Corps étranger. - Douleur abdominale intense: Colique néphrétique, Rétention aigüe d'urines, Appendicite, Cholécystite, Pancréatite, Occlusion... - Electrisation - Hémorragie digestive: Hématémèse, Melena. - Malaise avec PCI: Hypotension, Hypoglycémie. - Réaction allergique sévère. - Saignement vaginal: GEU , Fausse couche. - Traumatisme sévère: Luxation , Fracture , TC, Trauma rachis avec atteinte neuro, Trauma costal avec volet, Trauma oculaire (projection d'agent chimique, plaie). - PEDIATRIE: - Difficultés respiratoires : Asthme , Bronchiolite , Laryngite. - Hyperthermie >38° et âge < 3 mois - Nourrisson < 7 jours - Vomissements et diarrhées avec perte de poids
<p style="text-align: center;"><u>PARAMETRES</u></p> <p>PAS < 8 F_c < 40 ou > 150 T° < 34° SaO₂ < 80% Dextro < 0.4 ou HI</p>	<p style="text-align: center;"><u>PARAMETRES</u></p> <p>PAS < 10 ou > 22 EVA > 8 T° > 40° Age < 7 jours Dextro > 3g /l SaO₂ entre 80% et 90% en AA</p>



<u>NIVEAU 3</u>	<u>NIVEAU 4</u>
<u>URGENCE VRAIE</u> <i>PEC par IDE et médecin dans les 60 mn</i>	<u>URGENCE RESSENTIE OU CONSULTATION</u>
<ul style="list-style-type: none"> - AEG : <ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées - HIV - Néoplasie - Agression : <ul style="list-style-type: none"> - Abus sexuels - Coups et blessures avec choc psychologique - Brûlures mictionnelles avec fièvre : <ul style="list-style-type: none"> - Pyélonéphrites - Coliques néphrétiques fébriles - Convulsions avec score de Glasgow à 15 - Difficultés respiratoires : <ul style="list-style-type: none"> - Asthme léger à modéré - BPCO - Digestif : <ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale modéré, - Diarrhées et vomissements - Douleurs : <ul style="list-style-type: none"> - Céphalées - Dorsale ou lombaire sans notion de trauma (CN, lumbago...) - Problèmes psy : <ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Idées suicidaires - IMV sans trouble de la vigilance - Sd de sevrage : préDT - Traumatisme non sévère : <ul style="list-style-type: none"> - Fracture non déplacée - TC sans PC - PEDIATRIE : <ul style="list-style-type: none"> - Vomissements, Diarrhées et âge < 2 ans - Corps étranger avalé ou inhalé (sans détresse respiratoire) - TC sans PC 	<ul style="list-style-type: none"> - Certificat de coups et blessures. - Corps étranger : œil , oreille, doigt, tiques - Demande diverses : <ul style="list-style-type: none"> - de CS Psy - de sevrage - d'ordonnance - Douleur EVA < 4 <ul style="list-style-type: none"> - ORL - Dentaire - Abdominale - Gynécologique - Rhumatologique - Infection des VAS - Réaction allergique légère : <ul style="list-style-type: none"> - Urticaire - Piqûre de guêpe - Suites de soins : <ul style="list-style-type: none"> - Pansement - Réfection plâtre - Traumatisme non aigu : <ul style="list-style-type: none"> - Entorse - Elongation musculaire - Troubles digestifs isolés : <ul style="list-style-type: none"> - Constipation - Diarrhées - Nausées, vomissements
<u>PARAMETRES</u> SaO2 > 90% T° entre 38° et 40° EVA entre 4 et 7 Age < 2 ans	<u>PARAMETRES</u>



Grille de tri – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

Niveau 1

URGENCE VITALE ou ABSOLUE en déchocage PEC par IDE et médecin <i>immédiate</i>	
ACR :	
Brûlures:	<ul style="list-style-type: none"> - Grave de la face - Atteintes des voies aériennes - Au moins 30% de la surface corporelle
Coma:	<ul style="list-style-type: none"> - TC grave - IMV
Détresse respiratoire aiguë:	<ul style="list-style-type: none"> - Asthme grave - Pneumthorax suffocant - Insuffisance cardiaque aigue
Douleur thoracique:	<ul style="list-style-type: none"> - IDM - Anévrisme aorte fissuré
Etat de choc:	<ul style="list-style-type: none"> - Allergique - Cardiaque (IDM, OAP.....) - Hémorragique (digestif, post-traumatique, plaie.....) - Septique
Etat de mal épileptique	
Poly-traumatisme	
PEDIATRIE:	<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée (épiglottite) - Convulsions hyperthermiques
PARAMETRES:	
<p>TA < 8 Fc < 40 ou > 150 T° - 34° SaO2 < 80% Dextro < 0.4</p>	



Niveau 2

URGENCE IMMEDIATE en déchocage ou box
PEC par IDE immédiate et par un médecin dans les 20 minutes
(réévaluation régulière par IDE)

Acidocétose

Aplasia fébrile

Agitation

Altération de la vigilance (sommolence, agitation):

- Hypoglycémie, TC, Hypotension
- Hémorragie cérébrale, IMV

Céphalées, vomissements (et/ou fièvre) :

- Méningite, Hémorragie méningée

Déficit neurologique (hémiplégie, paralysie faciale, paresthésie):

- AIT, AVC

Difficultés respiratoires:

- BPCO
- Pneumopathie, Asthme sévère
- Corps étranger

Douleur abdominale intense:

- Colique néphrétique, Rétention aiguë d'urines
- Pancréatite
- Torsion de testicule

Electrisation

Hémorragie digestive:

- Hématémèse, Melena

Intoxication CO

Traumatisme sévère:

- Luxation, Fracture, suspicion fracture du col, TC,
- Trauma rachis avec atteinte neurologique
- Trauma costal avec volet
- Trauma oculaire (projection d'agent chimique, plaie)

PEDIATRIE:

- Difficultés respiratoires: Asthme, Bronchiolite, Laryngite
- Hyperthermie > 38° et âge < 3 mois
- Nourrisson < 7 jours
- Vomissements et diarrhées avec perte de poids

PARAMETRES:

TA < 10 ou >22
EVA > 8
T° > 40°
SaO2 entre 80% et 90% en AA



Niveau 3

CONSULTATION URGENTE en Box
PEC par IDE immédiate et par un médecin dans les 60 minutes

A E G:

- Personnes âgées

Brûlures mictionnelles avec fièvre mal tolérée:

- Pyélonéphrites
- Coliques néphrétiques fébriles

Convulsions avec score de Glasgow à 15

Difficultés respiratoires:

- Asthme léger à modéré
- BPCO

Syndrome de sevrage :

- Pré-DT

Trauma non sévère

Placement

Epistaxis sur:

- HTA
- AVK

PEDIATRIE:

- Vomissements, Diarrhées et âge < 2 ans
- Corps étranger avalé ou inhalé (sans détresse respiratoire)
- TC sans PC

PARAMETRES:

SaO₂ > 90%
EVA entre 4 et 7
T° entre 38° et 40° bien toléré



Niveau 4

SOINS EXTERNES PEC par IDE et par un médecin	
Brûlures : <ul style="list-style-type: none">- <i>de moins de</i>	
Corps étranger: <ul style="list-style-type: none">- <i>Œil, oreille, doigt, tiques</i>	
Epistaxis spontanée	
Hématome sous-unguéal	
Morsures	
Panaris	
Petite plaie, pansement	
Traumatisme non aigu : <ul style="list-style-type: none">- <i>Entorse</i>- <i>Elongation musculaire</i>- <i>Suspicion de fracture fermée</i>- <i>Réfection de plâtre</i>	
PARAMETRES:	
TA	
EVA	
T°	
SaO2	



Niveau 5

TRI ou PMA
PEC par IMA et MAO

AES

Brûlures mictionnelles bien tolérées:

Demandes diverses:

- de Consultations Psy
- de sevrage
- d'ordonnance

Douleurs :

- Dentaire
- Dorsale ou lombaire sans notion de trauma (CN, lombago, sciatique)
- Céphalées
- Thoracique sans signe de gravité ni facteur de risque

Difficultés respiratoires:

- Asthme léger
- BPCO

Consultations Chirurgicales (post-opératoires, avis)

Hospitalisation non urgente

Infection des VAS:

- Angine, Phlegmon

Malaise Vagal

Phlébite sans signe de gravité

Psychiatrie:

- Agression (abus sexuel, coups et blessures avec choc psychologique)
- Dépression
- Idées suicidaires
- IMV sans trouble de la vigilance

Problèmes sociaux

Patient avec Bilan sanguin déjà réalisé

Réaction allergique légère

- Urticatoire
- Piqûre de guêpe

Troubles digestifs:

- Constipation, Diarrhées
- Nausées, vomissements
- Douleurs abdominales modérées
- Hémorroïdes
- Suspicion appendicite
- Abscess marte

TC bénin



6 questions permettant à l'IOA d'orienter le patient vers le circuit court – CHI de Créteil

- Est-ce que la position assise est impossible ?
- Devra-t-on vraisemblablement déshabiller le patient (hors pédiatrie)?
- Devra-t-on vraisemblablement explorer une plaie et/ou réaliser une suture longue ?
- Devra-t-on réaliser une radio sur plus d'un segment de

La réponse est **non** à **toutes** ces questions

La réponse est **oui** à au moins une question

Circuit court

Circuit classique



Echelle de tri – Centre Hospitalier de Landerneau

Echelle de triage				
	Niveau 1 : Réanimation / Très urgent	Niveau 2 : Urgent	Niveau 3 : Moins Urgent	Niveau 4 : Non urgent
Délai jusqu'à évaluation par le médecin	Immédiat	20 minutes	60 minutes	120 minutes
Douleur	EVA = 8 à 10/10	EVA = 8 à 10/10 avec trauma mineur EVA = 4 à 7/10	EVA = 4 à 7/10 avec trauma mineur	EVA < 4/10
Cardio-vasculaire	Arrêt cardio-respiratoire Etat de choc Douleur thoracique d'allure viscérale non traumatique et/ou constantes vitales anormales et/ou ECG pathologique et/ou ATCD de maladie coronarienne ou embolie pulmonaire	Douleur thoracique d'allure non viscérale sans modification ECG d'allure coronarienne, sans ATCD de maladie coronarienne	Douleur thoracique d'allure musculo-squelettique ou traumatique sans détresse avec ECG normal	
Appareil respiratoire	Détresse respiratoire sévère Asthme sévère ou moribond (PF < 40 %) Hémoptysie active	Dyspnée légère / modérée Asthme léger (PF > 40%)		
Neurologie	Convulsions État de conscience altérée (inconscient, léthargique, somnolent, agitation) AVC avec déficit majeur Céphalée : 8 à 10/10 Trauma crânien de haut risque (± état de conscience altérée)	Convulsions, conscient à l'arrivée Céphalée : EVA = 4 à 7/10 Trauma crânien sans trouble de la conscience, avec vomissement	Céphalées non migraineuses, non subites < 4/10 Trauma crânien sans trouble de la conscience, sans vomissement	



Traumatologie	Trauma sévère (poly-traumatismes, traumatisme thoracique, abdominal, rachidien grave, brûlures > 30%)	Trauma modéré (luxation, fracture tibia péroné)	Trauma mineur (entorse, déchirure, ...)	Trauma mineur, pas nécessairement aigu
Appareil digestif / Gynécologique / urinaire	Douleur abdomen ou dorsolombaire avec symptômes viscéraux ou constantes vitales anormales Saignement Gastro-intestinal/ gynécologique avec constantes vitales anormales Vomissement et/ou diarrhée avec déshydratation	Saignement Gastro-intestinal, gynécologique avec signes vitaux normaux	Symptômes d'infection urinaire	Diarrhée isolée (sans déshydratation) Vomissement isolé (sans déshydratation) Menstruations Douleurs abdominales (chroniques)
Pédiatrie	Nouveau-né (âge < 7 jours) Fièvre (T° > 38 °C rectale) chez le nourrisson < 3 mois	Vomissement et/ou diarrhée (< 2 ans)	Vomissement et/ou diarrhée sans déshydratation (< 2 ans)	
ORL / Ophtalmo	Exposition oculaire à produits chimiques		Corps étranger cornéen Otalgie	Douleur gorge, sans symptômes respiratoires
Psychiatrie/ Toxicomanie	Intoxication / sevrage Épisode psychotique aigu / agitation extrême	Psychose aiguë ± idéation suicidaire	Idéation suicidaire/dépression	Symptômes psychiatriques mineurs
Autre	Réaction allergique sévère Diabète : hypoglycémie / hyperglycémie Agression sexuelle Signes d'infection sérieuse (rash purpurique, toxicité) Patient immunodéprimé / sous chimiothérapie	Abus / négligence / agression Signes d'infection Problèmes de dialyse	Lombalgie/dorsalgie chroniques Réaction allergique (mineure)	Symptômes mineurs



Echelle de tri – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges

SPECIALITE	1	2	3	4	5
Cardio - circulatoire	- Arrêt cardiaque - Signes de choc - FC ≥ 180/min - TAS ≤ 60 mmhg - FC < 40 /min	- Douleur thoracique typique +/- atcd cardio, Dyspnée, Sueurs... - FC ≥ 150/min - Membre froid, pâle, pas de pouls - HTA + céphalées, encéphalopathie, ...	- Malaise, PC - Douleur thoracique atypique sans signes associés, - Douleur mollets, - HTA sans signes associés	- Palpitations - OMI	
Pneumo	- Arrêt ventilatoire - IRA, détresse (<i>cyanose, généralisée, épuisement, tirage, balancement thoraco-abdo,...</i>) - Sat ≤ 85 %	- Asthme et Peak-flow < 120 l/min - Sat = 85-91%, - Dyspnée et cyanose	- Suspicion Hémoptysie, - Suspicion Pneumopathie, - Suspicion d'embolie - Asthme et PF > 300		- toux simple
Gastro	- Signes de choc	- Hématémèse, - Méléna, - Rectorragies.	- Ictère, - Ascite, - Douleur abdo (selon EVA > 6)	- Douleur abdo (selon EVA < 6), - Vomissements, - Corps étranger, - Pb sonde TD.	- Constipation, - Diarrhées, - Nausées
Infectieux	- Signes de choc (<i>marbrures, agitation, TA basse, oligo-anurie...</i>)	- Suspicion méningite, - Hypothermie < 34°C, - Fièvre > 40°C	- Hypothermie < 35,5°C, - Fièvre et voyage à risque.	- AES, - Adénopathies	
Traumato	- Polytraumatisé +/- cinétique violente, - Amputation, - Brûlures : • > 10 % enfant, personne âgée • > 30 % adulte • face ou périnée	- Poly fracturé - TC avec PC et confusion +/- vomis +/- somnolence - Plaies cou, thorax, abdomen, - Traumatisme avec plaie +/- Tb neuro +/- Tb vasculaire, - Traumatisme rachis.	- Traumatisme EVA > 6 , - Plaies profonde sans signes de gravité, - Brûlures superficielles, - Douleur sous plâtre.	- Traumatisme avec 3 < EVA > 6 - TC sans PC, - Plaies superficielles, - Abcès.	- Erosions cutanées, - Abrasions



Neuro/ psy	- GCS \leq 8, - crise convulsive en cours.	- 9 < GCS > 13, - Déficit sensitif ou moteur < 6h, - Agitation / confusion, - Sd – méningé.	- Céphalées brutales inhabituelles, - Déficit sensitif ou moteur > 6 heures, - Convulsion récente.	- Céphalées >24h ou sur terrain migraineux, - Tb psychiatrique calme, - Angoisse, tétanie.	
Uro/néphro		- Douleur aigue de bourse (suspicion de torsion), - Colique néphrétique hyperalgique ou fébrile.	- Fièvre+douleur lombaire (pyelo), - Rétention d'urine ou anurie.	- Hématurie macroscopique, - Fièvre + sonde urinaire.	- Brûlures mictionnelles - Polyurie, - Ecoulement, Signes sans fièvre et EVA < 4
Gynéco/obsté	- Choc hémorragique - Accouchement	- Suspicion de GEU (Dleur pelviennes +++, métrorragies +/- retard de règles), - HTA sur grossesse.	- Perte de liquide sur grossesse, - Fièvre sur grossesse	- Douleur pelviennes, - Méno-métrorragies simples, - Abscès de lèvres (bartholinite).	- Mycoses, - Nausées, - Retard de règles, - Corps étranger.
Orl/sto	- Obstruction des VAS ou trachéotomie, - Hémorragie cataclysmique	- Sd de pénétration avec signes de gravité	- Tb ou perte de l'audition, - Trauma facial, - Trauma dentaire, - Sd de pénétration sans gravité.	- Epistaxis, - Gingivorragie, - Vertiges, - Cellulite dentaire,	- Douleur de gorge, - Algie dentaire, - Douleur oreille.
Rhumato			-Sciatique hyperalgique +/- signes neuro, -Arthralgie avec fièvre.	- Sciatalgie et autres névralgies simples	- Douleur musculaire, - Douleur articulaire, - Cervicalgie, dorsalgie, lombalgie pas fièvre, et EVA < 4
Dermato -allergo	- Œdème de Quincke - Purpura fébrile	- Erythème avec gêne respiratoire	- Affection cutanée fébrile, - Erythème étendu,		- Piqûre insecte simple, - Eruption cutanée non fébrile, non étendu.
Endocrino-diabéto		- Sueurs, Tb de conscience chez un diabétique - Sd polyurie, polydipsie avec hyperventilation	Sd poly uro poly dyspique simple		



Hémato		- Fièvre + chimio - Leucopénie avec fièvre, - Anémie Hb < 8 g/dl avec symptômes reliés, - Thrombopénie < 50.000 avec symptômes reliés.	- Anémie Hb < 8 g/dl sans symptômes reliés, - Anémie > 8 g/dl, - Thrombopénie < 50.000 sans symptômes reliés.		
Toxico		- Intoxication médicamenteuse, drogue, CO		- Ebrïété GCS=15	
Ophtalmo		Plaie de globe			
Divers	-Transfert SAMU	- EVA ≥ 8 - Electrïsation	- 6 <EVA> 8 - Anomalie bilan sanguin - CNA	- 4 <EVA> 6 - CIP bouchée	-Problèmes de plâtre

REMARQUES :

- Les femmes enceintes sont vues aux urgences obstétrïques à partir de 22 semaines d'aménorrhées,
- Les urgences ophtalmologiques sont vues aux urgences en dehors des jours et heures de consultations,
- Les enfants (-15 ans et 3 mois) arrivants pour pathologies médicales sont vus aux urgences pédiatriques,
- Les urgences ORL doivent être systématiquement vues par les médecins sauf si adressées par médecin de ville.

IAO tri patient Version 1.2 (SAU CHIV 10 dec 2007)



Echelle de Glasgow (Adulte) – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges

 Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
Service des Urgences

ECHELLE DE GLASGOW (Adulte)

 Ouverture des yeux	Spontanée	4
	Aux ordres	3
	A la douleur	2
	Sans réponse	1
 Réponse motrice	Aux ordres	6
	A la douleur	5
	Adaptée	4
	Inadaptée	3
	En extension	2
	Pas de réponse	1
 Réponse verbale	Patient orienté	5
	Patient confus	4
	Propos délirants	3
	Inintelligible	2
	Aucune	1



Groupes de Masters (traumatismes crâniens) – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges



Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
Service des Urgences

GROUPES DE MASTERS (Traumatisme crâniens)

<p>Groupe 1 Risque faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patient asymptomatique - Céphalées, sensation ébrieuse, hématome, blessure, contusion ou abrasion du scalp. - Absence de signes des groupes 2 et 3 	<p>Transport non médicalisé aux urgences Pas d'hospitalisation si patient accompagné, sans trouble des fonctions supérieures</p>
<p>Groupe 2 Risque modéré</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la conscience, voire perte de connaissance, amnésie post traumatique, - Céphalées progressives, convulsions, vomissements, - Intoxication par drogue ou alcool, circonstances difficiles à établir. - Polytraumatismes, lésions faciales sévères associées, signe de fracture basilaire, possibilité de fracture avec dépression ou lésion pénétrante - Enfant de moins de 2 ans, ou suspicion de maltraitance. 	<p>Transport non médicalisé aux urgences si troubles de la conscience ou perte de connaissance initiale. Sinon transport médicalisé aux urgences, surveillance de 48 heures, TDM cérébrale.</p>
<p>Groupe 2 Risque élevé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de la conscience (à l'exclusion d'une cause toxique ou post-comitiale), avec score de Glasgow < 13 - Diminution progressive de l'état de conscience, apparition de signes neurologiques focaux - Plaie pénétrante, embarrure probable 	<p>Transport médicalisé vers un service spécialisé + ou - neurochirurgie d'emblée</p>



Echelle NIHSS d'évaluation de l'AVC – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges



Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
Service des Urgences

I.O.A / Cadres / C.Bergeron / décembre 2007

ECHELLE NIHSS d'évaluation de l'AVC

Item	Signes recherchés	Score obtenu				
1a	Conscience	0 vigilance normale	1 non vigilant mais répond aux ordres simples	2 non vigilant requiert stimulations répétées	3 pas de réaction	
1b	Question mois/âge	0 Deux réponses correctes	1 Une réponses correctes	2 Aucune réponse correcte		
1c	Commande yeux/mains (ouvrir/fermer)	0 Deux tâches correctes	1 Une tâches correctes	2 Aucune tâche correcte		
2	Regard (mouvements horizontaux)	0 Normal	1 Paralysie partielle	2 Déviation forcée		
3	Champ visuel	0 pas de perte de champs	1 Hémianopsie partielle	2 Hémianopsie totale	3 Hémianopsie bilatérale	
4	Paralysie faciale	0 Face normale	2 Paralysie mineure (affaiblissement sillon nasogénien, sourire asymétrique)	3 Paralysie partielle	4 Paralysie complète d'un des 2 côtés	
5a/b	Motricité bras gauche/droit	0 Pas de chutes	1 Chute avant 10 sec sans heurter le lit	2 Chute avant 10 sec	3 Pas d'effort contre la pesanteur	4 Aucun mouvement
6a/b	Motricité jambe gauche/droite	0 Pas de chutes	1 Chute avant 5 sec sans heurter le lit	2 Chute avant 5 sec	3 Pas d'effort contre la pesanteur	4 Aucun mouvement
7	Ataxie des membres	0 Absente	1 Présente sur un membre	2 Présente sur 2 membres		
8	Sensibilité	0 Normale	1 Hypoesthésie modérée	2 Anesthésie		
9	Parole	0 Normale	1 Aphasie modérée	2 Aphasie sévère	3 Aphasie globale	
10	Dysarthrie	0 Aucune	1 Modérée (bute sur certains mots)	2 très prononcée (discours incompréhensible)		
11	Perte d'intérêt/inattention	0 Aucune	1 Peu marquée	2 Sévère		



Fiche de tri et d'orientation pédiatrique – Centre Hospitalier de Moulins Yzeure



**FICHE DE TRI
PEDIATRIQUE (<16 ANS) SAU**

Étiquette patient ou NOM : Prénom : Date de naissance :	IOA	HEURE
		H

MOTIF D'ADMISSION

Ventilation	Normal <input type="checkbox"/> Perturbée <input type="checkbox"/>
Vigilance	Normal <input type="checkbox"/> Perturbée <input type="checkbox"/>
Douleur	Non douloureux <input type="checkbox"/> Douloureux <input type="checkbox"/> (précisez l'échelle si possible)

<i>Observations particulières</i>



Fiche de tri et d'orientation adulte – Centre Hospitalier de Moulins Yzeure



**CENTRE HOSPITALIER
MOULINS YZEURE**

FICHE DE TRI PATIENTS SAU

Étiquette patient ou NOM : Prénom : Date de naissance :	IOA	HEURE
		H

MOTIF D'ADMISSION

Plaintes du patient

Horaires		h	h
Hémodynamique	TA :		
	Pouls :		
Ventilation	FR :		
	Sat :		
Conscience	Y / V / M :		
Douleur	Évaluation de la douleur (précisez échelle) :		
Constantes	Dextro :		
	Température :		

<i>Observations particulières</i>		
PRIORITE		
TRANSMIS A		



Echelle de triage – Centre Hospitalier de Perpignan



S.A.U 66 ECHELLE DE TRIAGE

I- L'évaluation

- Evaluation subjective des symptômes
 - Début
 - Evolution
 - Durée
 - +/-EVA
- Antécédents
- Traitements en cours
- Objectif prise des constantes pour toute pathologie médicale et traumatologie centrale.
 - Température centrale
 - Glycémie capillaire
 - Fc
 - TA
 - SaO2

II- Les critères de tri

II. Les signes vitaux d'alerte

- score de Glasgow ≤ 13
- SaO2 $< 90 \%$
- Fréquence respiratoire < 8 ou > 30
- Fc > 120 ou > 50 bpm
- TA systolique < 90 mmHg
- glycémie capillaire ≤ 0.7 g/l
- Température corporelle $> 40^{\circ}\text{C}$ ou 35°C
- Temps de recoloration cutané $> 3''$, marbrure
- Purpura et fièvre



II- Les critères de tri suite

Les signes vitaux d'alerte

II - 3 - Critères de Vittel -

Critères de gravité pour le triage des patients traumatisés
D'après Riou et Al.

La présence d'un seul critère suffit à caractériser la gravité du traumatisme, sauf pour le terrain où il s'agit d'une évaluation cas par cas.

Cinq étapes d'évaluation	Critères de gravité
1 - Variables physiologiques	Score de Glasgow < 13 Pression artérielle systolique < 90 mm Hg Fréquence cardiaque > 120 Saturation en O2 < 90%
2 - Eléments de cinétique	Ejection d'un véhicule Autre passager décédé dans le même véhicule Chute > 6m Victime projetée ou écrasée Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, de ceinture de sécurité) Blast
3 - Lésions anatomiques	Trauma pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, du bassin, du bras ou de la cuisse Volet thoracique Brûlure sévère, inhalation de fumées associée Fracas du bassin Suspicion d'atteinte médullaire Amputation au niveau du poignet, de la cheville, ou au dessus. Ischémie aiguë de membre
4 - Réanimation préhospitalière	Ventilation assistée Remplissage > 1 000 ml de colloïdes Catécholamines Pantalon antichoc gonflé
5 - Terrain (avis médecin de l'avant)	Âge > 65 ans Insuffisance cardiaque ou coronarienne Insuffisance respiratoire Grossesse (2 ^e et 3 ^e trimestres) Trouble de la crase sanguine

III- L'orientation

III - 1 - Motif de recours, signes de gravité : Prise en charge de < 30 mm

III -1.a - Orientation en SAUV

Arrêt circulatoire (orientation sans délai)

Réaction d'Anaphylaxie (orientation sans délai)

Score de Glasgow ≤ 13

Douleur abdominale continue et/ou avec signes vitaux d'alerte

Saignement digestif

Dyspnée avec signes vitaux d'alerte

Brûlures corporelles : SB > 30 % et/ou atteinte cervicale et faciale

Traumatologie sévère – critères de Vittel

III - 1.b - Orientation après avis médecin de l'avant :

Douleur thoracique non traumatique, ECG rapide pour orientation

Déficit neurologique focalisé

Crise comitiale

Saignement vaginal : recueil DDR et Signes vitaux

Intoxication médicamenteuse

Céphalée brutale et intense, inhabituelle

Asthme

Hypoglycémie

Douleur avec EVA ≥ 8

Psychose aiguë, agitation : glycémie capillaire, recherche TC ou prise de toxiques

Fièvre au retour d'un voyage à l'étranger

Patient avec signes vitaux d'alerte



III- L'orientation

III - 1. c- Prise en charge rapide par médecin de l'avant :

Projection chimique oculaire
Douleur oculaire intense
Accident d'exposition au sang
Consultation psychiatrique isolée

III - 2 - Autres motifs de recours sans signe de gravité : prise en charge < 90 mn

La réévaluation à l'issue de ce temps doit être refaite pour définir les priorités de prise en charge.

III - 3 - Cas particuliers : « pendant les périodes de présence du médecin de l'avant »

Le médecin de l'avant prend en charge les patients qui :
A priori ne doivent pas être hospitalisés
Sont valides
Sont stables (pas de signes vitaux d'alerte)
C'est-à-dire les CCMU P, 1 et 2
Pour les sutures, la filière de prise en charge est à définir par le médecin de l'avant.

III- L'orientation

III - 4 - Plans particuliers : SRAS - Grippe aviaire

Confère classeur PLAN PANDEMIE GRIPPALE

III - 5 Coordination Assistante sociale et psychologue (cf. tableaux décisionnels)

- ⇒ Violences conjugales intra-familiales (Si exprimé ou suspicion)
 - Signalement à l'Assistante sociale si besoin d'hébergement, ou pour évaluation de la dangerosité du retour
 - Contact de la psychologue si répercussion psychologique majeure et/ou stress aigu
 - Informer le médecin urgentiste si répercussion psychologique mineure
 - Interpeller l'Assistante sociale ou psychologue (Si suspicion, ou exprimé faiblement)
- ⇒ SDF ou personne précaire avec demande d'urgence matérielle (Pas de lieu d'hébergement)
 - Signalement à l'AsS ou appel 115.
 - Traçabilité dans le DP
- ⇒ Deuil Mort violente ou brutale (Suicide)
 - Proposition d'une prise en charge par la psychologue : Prise en charge de l'entourage, des enfants :
 - Signalement au cadre
- ⇒ Victimologie (Agression sexuelle , Agression par armes, Séquestration, Prise en charge rapide)
 - Contact impératif avec la psychologue
 - Orientation vers Médecin de l'avant (hors grosse traumatologie)
- ⇒ Victimologie (Agressions physiques, Rescapés de noyades, Accidents traumatiques montagne, mer, attentat)
 - Contact non impératif
 - Proposition d'une prise en charge par la psychologue
- ⇒ Anxiété et détresse réactionnelle (Détresse réactionnelle (suite à un évènement malaise, deuil, Somatisation, passages multiples au SAU, Angoisse à l'hospitalisation) :
 - Si repérage, proposition d'une prise en charge par le psychologue



Grille de tri – Centre Hospitalier de Roubaix

NIVEAU I URGENCE VITALE OU ABSOLUE PEC immédiate par le MOA et L'IOA	NIVEAU II URGENCE IMMEDIATE PEC par L'IOA immédiate et par un MOA dans les 20 minutes (réévaluation régulière par l'IOA)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agitation ✓ Arrêt cardio-respiratoire ✓ Brûlure <ul style="list-style-type: none"> ○ Grave de la face ○ Atteinte des voies aériennes ○ 30% de la SC ✓ Coma : <ul style="list-style-type: none"> ○ TC ○ Intoxication médicamenteuse grave ✓ Détresse respiratoire aigüe : <ul style="list-style-type: none"> ○ Asthme aigüe grave ○ Pneumothorax suffocant ○ Insuffisance cardiaque aigüe ✓ Douleur thoracique <ul style="list-style-type: none"> ○ IDM ○ Anévrisme aorte fissuré ✓ Etat de choc <ul style="list-style-type: none"> ○ Allergique ○ Cardiaque (IDM, OAP...) ○ Hémorragique (digestif, post traumatique, plaie...) ○ Psychologique ✓ Etat de mal épileptique ✓ Poly-traumatisme 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Altération de la vigilance (sommolence, agitation) : Hypoglycémie, TC, hémorragie cérébrale, hypotension, IMV ✓ Céphalée, vomissements (et/ou fièvre) : Méningite, hémorragie méningée Déficit neurologique (hémiplégie, paralysie faciale, paresthésies) : AIT, AVC ✓ Difficultés respiratoires : BPCO, pneumopathie, asthme sévère, corps étranger ✓ Douleur abdominale intense : colique néphrétique, rétention aigüe d'urines, appendicite, cholécystite, pancréatite, occlusion... ✓ Electrisation ✓ Hémorragie digestive : hématemèse, méléna ✓ Malaise avec PCI : hypotension, hypoglycémie ✓ Réaction allergique sévère ✓ Saignement vaginal : GEU, fausse couche ✓ Traumatisme sévère : luxation, fracture, TC, trama rachis avec atteinte neuro, trauma costal avec volet, trauma oculaire (projection d'agent chimique, plaie...)
<ul style="list-style-type: none"> • PAS < 8 • Fc < 40 ou > 150 • T° < 34° • SaO2 < 80% • Glycémie capillaire < 0.4 ou HI 	<ul style="list-style-type: none"> • PAS < 10 OU > 22 • EVA < 8 • T° > 40 ° • Glycémie capillaire > 3g /l • SaO2 entre 80 % et 90 % en AA



<p align="center">NIVEAU III URGENCE VRAIE PEC par L'IDE et par un médecin dans les 60 minutes</p>	<p align="center">NIVEAU IV URGENCE RESSENTIE OU CONSULTATION</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AEG <ul style="list-style-type: none"> ○ Personne âgée ○ HIV ○ Néoplasie ✓ Agression : <ul style="list-style-type: none"> ○ Abus sexuel ○ Coups et blessures avec choc psychologique ✓ Brûlure mictionnelle avec fièvre <ul style="list-style-type: none"> ○ Pyélonéphrites ○ Coliques néphrétiques fébriles ✓ Convulsions avec score de Glasgow à 15 ✓ Difficultés respiratoires <ul style="list-style-type: none"> ○ Asthme léger a modéré ○ BPCO ✓ Digestif : <ul style="list-style-type: none"> ○ Douleur abdominale modérée ○ Diarrhées et vomissements ✓ Douleurs <ul style="list-style-type: none"> ○ Céphalées ○ Dorsale ou lombaire sans notion de trauma ✓ Problème psy : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dépression ○ Idées suicidaires ○ IMV sans trouble de la vigilance ✓ Syndrome de sevrage : pré DT ✓ Traumatisme non sévère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Fracture non déplacée ○ TC sans PC 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificat de coups et blessures ✓ Corps étrangers : œil, oreille, doigt, tiques ✓ Demandes diverses : <ul style="list-style-type: none"> ○ De consultation psy ○ De sevrage ○ D'ordonnance ✓ Douleur EVA < 4 <ul style="list-style-type: none"> ○ ORL ○ Dentaire ○ Abdominale ○ Gynécologique ○ Rhumatologique ✓ Infection des VAS ✓ Réaction allergique légère : <ul style="list-style-type: none"> ○ Urticaire ○ Piqûre de guêpe ✓ Suites de soins <ul style="list-style-type: none"> ○ Pansement ○ Réfection plâtre ✓ Traumatisme non aigu <ul style="list-style-type: none"> ○ Entorse ○ Elongation musculaire ✓ Troubles digestifs isolés <ul style="list-style-type: none"> ○ Constipation ○ Diarrhées ○ Nausées, vomissements
<p>PARAMETRES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SaO2 > 90% • T° entre 38° et 40° 	



Objectifs de tri – Centre Hospitalier de Saint Briec

Selon le score de gravité, le service d'accueil des urgences s'est fixé des objectifs sur les temps:

- Entre l'arrivée du patient et sa prise en charge par l'IDE
- Dans le secteur de soin

	<i>IDE</i>	<i>Secteur de soin</i>
Score 1	Immédiat	Immédiat
Score 2	Immédiat	30 min
Score 3	30 min	60 min
Score 4	60 min	3 h
Score 5	120 min	...



Fiche de tri – Centre Hospitalier de Saint Briec

SAU	CH SAINT- BRIEUC ECHELLE DE TRI ET D'ORIENTATION DES PATIENTS			
	MEDECINE	CHIRURGIE	LOCALISATION	
I IDE IMMEDIAT MEDECIN URGENTISTE IMMEDIAT SECTEUR DE SOIN IMMEDIAT	<ul style="list-style-type: none"> • ACR • ETAT DE MAL EPILEPTIQUE • DETRESSE RESPIRATOIRE • DETRESSE CIRCULATOIRE - AAA • DETRESSE NEUROLOGIQUE AVC (< à 3 heures fibrinolyse) • SAIGNEMENT EXTERIORISE AVEC SIGNE DE CHOC (hématomèse) • COMA TOXIQUE • DOULEUR THORACIQUE avec signes de choc • IDM MAL TOLERE 	<ul style="list-style-type: none"> • POLYTRAUMATISE, POLYFRACTURE (fracture du fémur) • BRÛLURES SEVERES , (chim., élect. ..) • TRAUMA CRANIEN GRAVE 	DECHOCAGE BOX 1ou2 MEDECINE	
	<ul style="list-style-type: none"> • DOULEUR EVA > 8 • IDM BIEN TOLERE• • ETAT D'AGITATION • DYSPNEE SEVERE sans détresse respiratoire • DOULEUR ABDOMINALE sans détresse - EVA >8 • ALLERGIE SEVERE • HYPOGLYCEMIE DU DIABETIQUE • INTOXICATION MEDICAMENTEUSE à risque léthal • CEPHALEES AIGUES EVA >8 mal tolérées 	<ul style="list-style-type: none"> • ELECTRISATION HAUTE TENSION > 220 volts • LUXATIONS COUDE, EPAULE , CHEVILLE - EVA > 6 • PLAIE AVEC SAIGNEMENT ACTIF, scalp • TRAUMA CRANIEN avec vomissements, somnolence • FRACTURES OUVERTES sauf extrémités • INTOXICATIONS CO • LESIONS OCCULAIRES SEVERES brûl.chimiques, traumas pénétrants, glaucome aigu • TORSION DE TESTICULES • TRAUMATISMES AVEC MECANISME VIOLENT éjection, incarcération, chutes >4 à 5 m 		BOX 1à4 MEDECINE CHIRURGIE INTERIEUR



<p>III</p> <p>IDE</p> <p>30 MIN.</p> <p>MEDECIN URGENTISTE</p> <p>60 MIN.</p> <p>SECTEUR DE SOIN</p> <p>60 MIN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DOULEUR EVA 4 - 7 	<ul style="list-style-type: none"> • TC avec PDC 	<p>MEDECINE</p>	<p>CHIRURGIE</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • AVC > 3 HEURES 	<ul style="list-style-type: none"> • RETENTION AIGUE D'URINE 		
	<ul style="list-style-type: none"> • DYSPNEE, ASTHME, OAP de moy. Gravité 	<ul style="list-style-type: none"> • FRACTURE FERMEE EVA 4 - 7 		
	<ul style="list-style-type: none"> • DOULEUR ABDOMINALE - EVA 4 - 7 ou fébriles 	<ul style="list-style-type: none"> • AGRESSIONS PHYSIQUES 		
	<ul style="list-style-type: none"> • coliques néphrétiques, lombalgies 	<ul style="list-style-type: none"> • EPISTAXIS BIEN TOLERE 		
	<ul style="list-style-type: none"> • PNEUMOTHORAX NON COMPRESSIF 			
	<ul style="list-style-type: none"> • CEPHALEES AIGUES EVA 4 - 7 			
<p>IV</p> <p>IDE</p> <p>60 MIN.</p> <p>MEDECIN URGENTISTE</p> <p>60 MIN.</p> <p>SECTEUR DE SOIN</p> <p>3 H</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DYSPNEE MINIME 	<ul style="list-style-type: none"> • CERTIFICATS DE COUPS ET BLESSURES 	<p>MEDECINE</p>	<p>CHIRURGIE</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • DOULEUR EVA < 4 	<ul style="list-style-type: none"> • ABCES DIVERS 		
	<ul style="list-style-type: none"> • SYNDROME DEPRESSIF 	<ul style="list-style-type: none"> • CHANGEMENT DE SONDE, PANSEMENT, 		
	<ul style="list-style-type: none"> (éval. IDE PSY.plus rapide) 	<ul style="list-style-type: none"> PLÂTRE 		
	<ul style="list-style-type: none"> • AES 	<ul style="list-style-type: none"> • ABLATION DE FILS 		
<p>V</p> <p>IDE</p> <p>120 MIN.</p> <p>MEDECIN URGENTISTE</p> <p>120 MIN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PROBLEMES SOCIAUX 	<ul style="list-style-type: none"> • TRAUMATISMES MINEURS 	<p>BUREAU</p>	<p>CONSULT TRAUMATO</p>
	<ul style="list-style-type: none"> AS BIP 231 			
	<ul style="list-style-type: none"> • MOTIFS DE CONSULTATION DE 			
	<ul style="list-style-type: none"> MEDECINE GENERALE 			
	<ul style="list-style-type: none"> • PRISE EN CHARGE POUVANT ÊTRE DIFFERES 			
	<ul style="list-style-type: none"> (réorientations, programmations) 			



Assurer la prise en charge initiale avec des protocoles spécifiques

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Préciser et hiérarchiser l'orientation des patients pour l'IOA
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Définir des protocoles de prise en charge initiale pour répondre de façon adaptée à des situations spécifiques
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les principales situations types Elaborer un protocole pour chacune d'entre elles
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Implication partagée des médecins et IDE Partir des situations concrètes
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'accessibilité et de la lisibilité des documents
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> CHU de Besançon Hôpitaux Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Liste de protocoles médicaux de prise en charge Protocole hémorragique de la délivrance Protocole de conduite à tenir devant une colique néphrétique
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Partager et définir les règles de fonctionnement du service d'accueil des urgences Sectoriser la prise en charge Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Médecins
- Cadres de santé
- Participation d'IDE dans un second temps

La démarche

Elle s'inscrit dans une logique de protocolisation quasi exhaustive à l'accueil. Outre le protocole standard de prise en charge initiale, une série de situations spécifiques doivent être identifiées soit en fonction du profil du patient (enfant) soit de symptômes (syndrome infectieux). Ce type de démarche suppose de faire un inventaire des situations types en partant de l'expérience des médecins et des soignants dans le service des urgences considéré. Le protocole doit être utilisable « en situation » ce qui conduit à porter l'attention sur deux points. Son contenu doit être court et centré sur les spécificités de la prise en charge. Ensuite sa présentation doit être claire, simple et homogène.



Documents

Liste de protocoles médicaux de prise en charge – Hôpitaux Drôme Nord

SOMMAIRE Protocoles médicaux de prise en charge

- Hémorragies de la délivrance
- Menace d'accouchement prématuré
- Prise en charge de la douleur (chez la personne âgée)
- Phlébite
- Pédiatrie
- Réactualisation du protocole AVC
- Immobilisation des fractures des membres
- PEC des brûlés
- Urgence psychiatrique
- PEC des patients diabétiques (protocole institutionnel à diffuser)
- Œil rouge douloureux (présentation existante)
- Conduite à tenir devant une main traumatique
- ...



Protocole hémorragique de la délivrance – Hôpitaux Drôme Nord

PROTOCOLE HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE (HD)

Dr A. LEDOYEN - Validé le 28/04/2008

Définition :

Dès que la perte de sang excède 500 ml. Elle est dite « grave » au-delà de 1000 ml.

Facteurs de risque :

- Obstétricaux : grossesse multiple, prématurité, macrosomie et hydramnios, prééclampsie, chorioamniotite, malformations et fibromes utérins, anémie, placenta recouvrant, suspicion de placenta accreta.
- Médicamenteux : sulfate de magnésium, inhibiteurs calciques, béta-mimétiques, aspirine, anti-coagulants.
- Congénitaux : troubles constitutionnels de l'hémostase.

Prévention de l'HD pendant l'accouchement :

- Sondage vésical (sondjet)
- Délivrance dirigée : 5UI IVL de SYNTOCINON® au passage des épaules
- Clampage immédiat du cordon
- Examen du placenta. Si rétention de cotylédons ou de membranes : révision utérine
- Massage utérin après expulsion du placenta. Mettre Bébé au sein
- Délivrance artificielle si le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes

Rechercher une cause :

- Délivrance artificielle ou révision utérine
- Examen soigneux de la filière génitale et du col
- Evacuation d'un globe vésical (sondjet)

Réanimation maternelle initiale :

- Oxygénothérapie
- 2 VVP (18G)
- Vérification carte de groupe et RAI (<5J). Sinon 2 tubes pour le groupage et un tube pour les RAI
- Prévention du collapsus : jambes surélevées, remplissage (Ringer Lactate®)
- Hémoecue initial

Traitement médicamenteux :

- 20 UI de SYNTOCINON® dans 250 ml de Sérum Physio en continu (sur 2 h)
- +/- 5 à 10 UI en IVL (à répéter si nécessaire). Même si la délivrance n'a pas encore eu lieu.
- Ne pas dépasser 40 UI ni 20 min si inefficacité.
- Autre solution : 10 UI de SYNTOCINON® en intramural
- NALADOR® (non disponible en première intention en SMUR) : à débiter dans les 15 à 30 minutes si inefficacité du Synto (relais Synto : 20 UI dans 500 de SP)
- NALADOR® IVSE : 500µg (1amp)/50ml d'EPPI

Selon gravité :

- Modérée : 100 à 500 µg/h (10 à 50 ml/h) puis augmenter toutes les 15 minutes de 10 ml/h jusqu'à diminution de l'hémorragie
- Sévère : 500 µg/h (50 ml/h) puis diminution de 10 ml/h toutes les 15 minutes
- Faire une 2e révision utérine

A l'arrêt de l'hémorragie, faire un plateau de 2 h sans dépasser 3 amp (1500 µg) / 24 h

CI : HTA, asthme, coronaropathie, insuffisance cardiaque, glaucome, comitialité, thrombose, diabète déséquilibré.

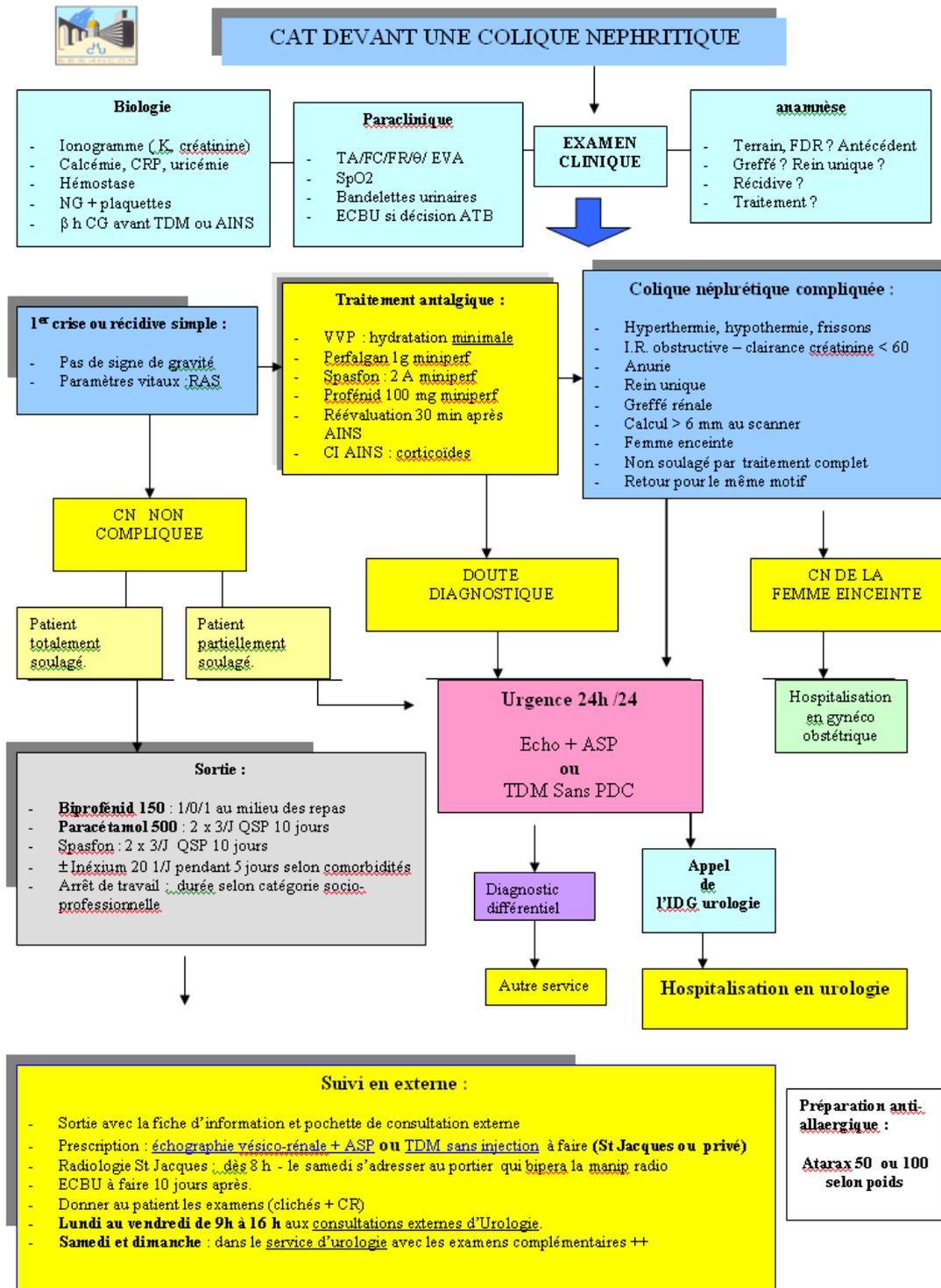
- Si CI : possibilité de 5 cp de 200 µg de CYTOTEC® en IR (CI : allergie aux prostaglandines)

Si persistance de l'hémorragie :

- AG selon troubles de conscience ou hémodynamique instable
- Réchauffement
- Hémoecue de contrôle
- Remplissage :
 - Sérum Physiologique
 - Grosses molécules : HEA (VOLUVEN®) maxi 33 ml/kg
 - Prévoir transfusion de CGR
 - Amines pressives : NORADRENALINE® IVSE (augmentation très progressive)
 - Massage utérin++++++



Protocole de conduite à tenir devant une colique néphrétique – CHU de Besançon





Aménager le poste d'accueil et le box IOA

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Le manque de zone définie peut entraîner la présence de patients dans les couloirs et de mauvaises conditions d'accueil, un manque de confidentialité liée à des interrogatoires faits dans les couloirs ainsi qu'une perte de temps importante lors des prises en charge
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un réel espace d'accueil des patients
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Organiser les changements physiques Redéfinir toutes les procédures majeures
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Avoir une vision claire, définie et systématique
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Associer la direction des travaux pour évaluer la faisabilité du projet Impliquer la direction pour valider les investissements Communiquer les changements au personnel et obtenir leur implication.
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Cayenne Centre Hospitalier de Charleville Mézières Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Description synthétique de la Zone d'Accueil et d'Orientation Plan de positionnement de la zone IOA Création d'un box d'IOA
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X de 6 à 12 mois

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		

Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Tout le service des urgences
- Direction des travaux

La démarche

La démarche est décomposée en sept étapes :

- Définir les circuits de circulation
- Analyser l'architecture existante et les possibilités d'évolution
- Monter le dossier avec la direction des travaux
- Valider le projet
- Réaliser la solution retenue
- Mettre à jour les protocoles de prise en charge
- Appliquer la nouvelle organisation dans les nouveaux locaux

Etape 1 – Définir les circuits de circulation

Un travail d'analyse de l'organisation de la prise en charge initiale des patients doit être conduit afin de pouvoir définir et quantifier les différents flux :

- De patient :
 - Debout / couché
 - Adulte / enfant



- Modalités d'arrivée (sas pompier, SMUR, personnel)
- Les circuits
 - Gravité (circuit ultra court, ambulatoire, hospitalisation)
- Les acteurs
 - Administratifs
 - IOA
 - MAO

Etape 2 – Analyser l'architecture existante et les possibilités d'évolution

Cette étape consiste à analyser les zones de circulation, d'accueil, de consultation, de stockage, etc. pour étudier les opportunités d'évolution qui existent (reclassements de locaux, déplacement de cloisons, perçage de murs, etc.). Une attention particulière doit être également portée aux difficultés connues (largeur de trottoirs externes, box d'IOA non accessible par les brancards, etc.).

Etape 3 - Monter le dossier avec la direction des travaux

Une présentation du projet (objectifs, enjeux) est réalisée avec la direction des travaux. Une étude est alors réalisée pour permettre d'arriver à une solution satisfaisante en termes de faisabilité (direction des travaux), d'acceptabilité (service des urgences) et économique (direction).

Etape 4 – Valider le projet

Etape 5 – Réaliser la solution retenue

Etape 6 – Mettre à jour les protocoles de prise en charge

La nouvelle organisation spatiale peut avoir un impact sur les modalités de prise en charge des patients et les conditions de travail du personnel. Pour cela, il peut être nécessaire d'actualiser ou de rédiger des protocoles.

Etape 7 – Appliquer la nouvelle organisation dans les nouveaux locaux

Quelques résultats



Documents

Description synthétique de la Zone d'Accueil et d'Orientation – Centre Hospitalier de Cayenne

Ce document est une courte description de l'organisation de la ZAO. Il a pour objectif de clarifier le rôle de cette zone. Il est complété par des documents annexes : fiches de postes, grille de tri, ...

Description des moyens

La ZAO comprend :

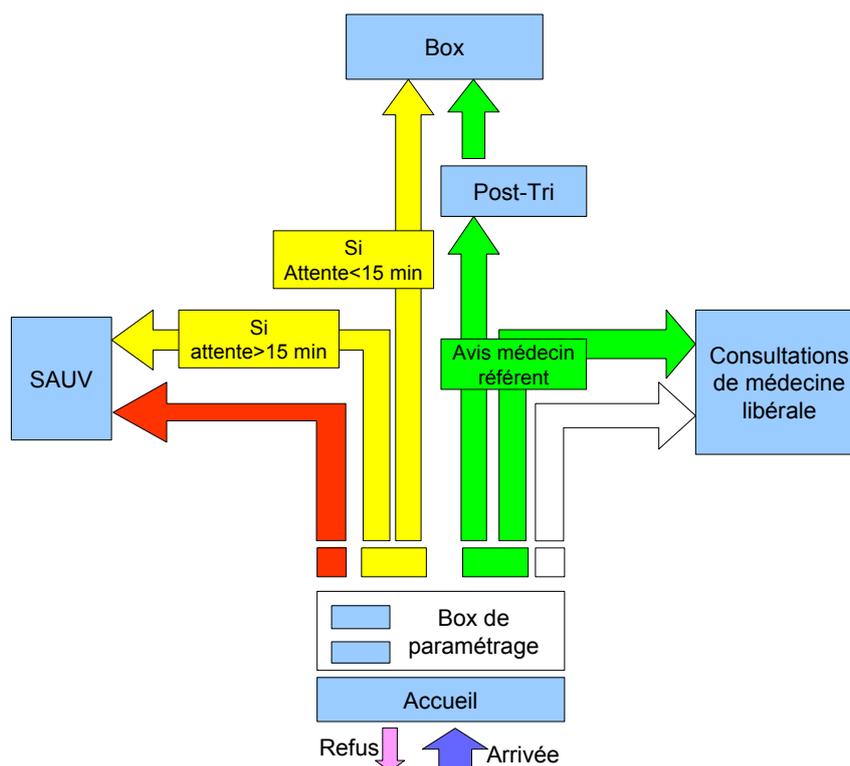
- La salle d'attente de l'accueil
- L'accueil
- La salle d'attente de paramétrage
- Le box de dé gravillonnage
- Les deux boxes de paramétrage
- La salle d'attente de post-tri

2 IDE et 1 AS sont présents en ZAO de 7 h à 21 h 36. 1 IDE et 1 AS y sont présents de 21 h 15 à 7 h 15. Le médecin référent est en contact direct avec la ZAO (physiquement ou via son DECT).

Fonctionnement général

Schéma de fonctionnement

De manière générale, le paramétrage permet de classer les patients en trois « couleurs » : rouge, jaune, vert et blanc (cf. feuille de paramétrage). Le patient est orienté selon la « couleur » de son paramétrage.





Prise en charge des enfants

Les enfants (<15 ans) doivent être priorités au paramétrage et le personnel de la ZAO doit s'assurer qu'une fois en box, l'enfant est pris en charge rapidement par le médecin.

Interaction avec le médecin référent

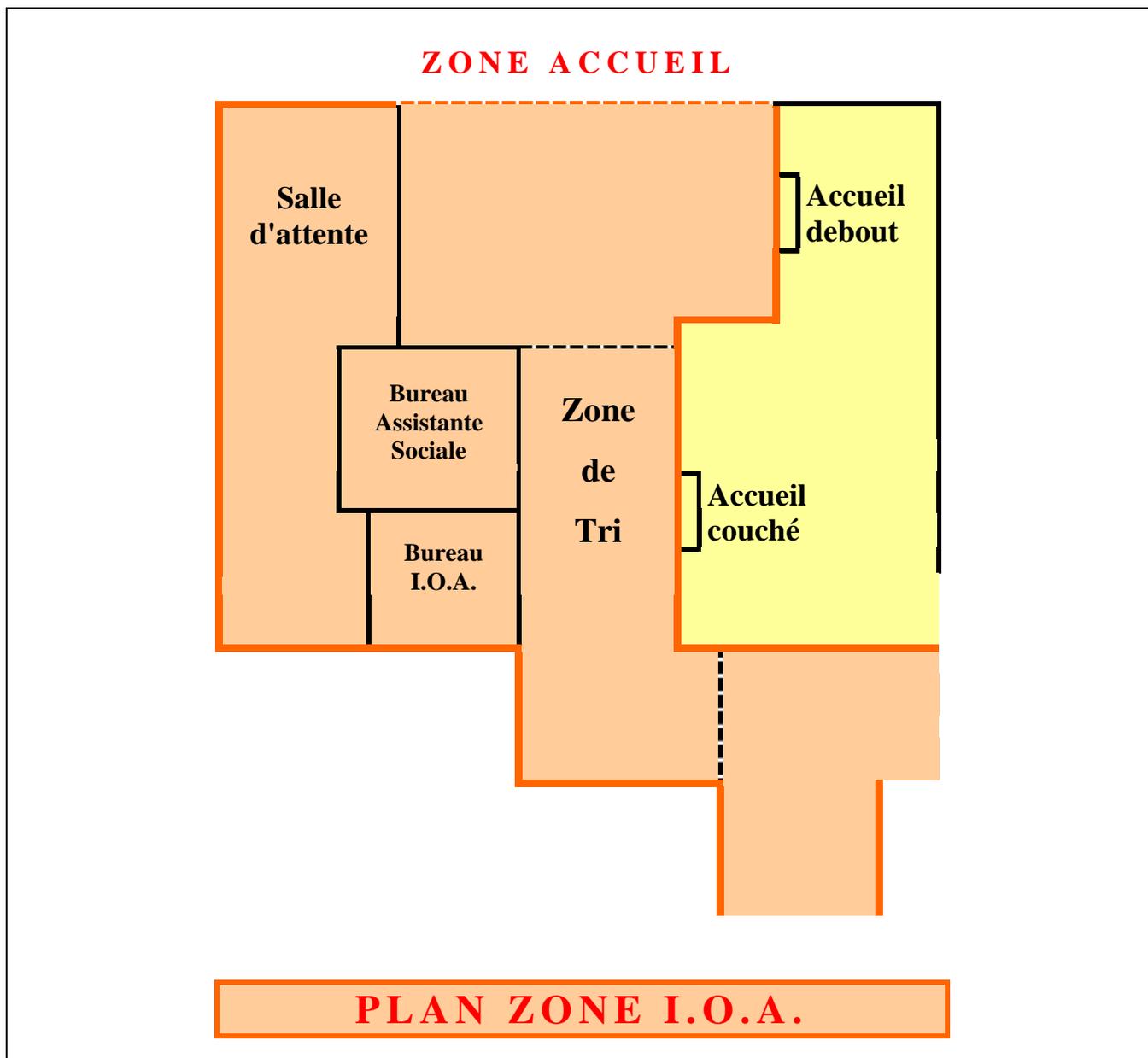
- Cas rouge et jaune : le médecin référent est appelé au plus tôt
- Cas vert : on demande l'avis du médecin référent pour arbitrer entre la mise en box et l'orientation en consultation
- Cas blanc : le médecin référent n'est pas appelé

Accélérer la mise en box

Afin d'accélérer la mise en box, le personnel paramédical de la ZAO doit prévenir le médecin référent de la saturation de ceux-ci. Ce dernier est alors chargé d'accélérer le désengorgement des boxes.



Plan de positionnement de la zone IOA – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges





Création d'un box d'IOA – Centre Hospitalier de Charleville Mézières





La mise en box

Ne pas utiliser les boxes comme salle d'attente de résultats

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Le box d'examen est une ressource limitée, lieu de passage obligatoire d'une grande majorité de patients. Sa disponibilité a par conséquent un impact direct sur l'engorgement du service et les flux de patients. Certaines équipes ou professionnels ont tendance à utiliser les boxes comme lieu de prise en charge des examens cliniques et des soins mais aussi comme lieu d'attente de résultats d'examens pour certains patients stabilisés ne nécessitant pas de surveillance importante. Dans certaines situations (forte activité de patients « longs » et disponibilité relative de médecins) la disponibilité des boxes devient ainsi le facteur limitant la prise en charge de nouveaux patients qui ne nécessitent qu'une prise en charge simple et rapide.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Faire en sorte que la disponibilité des boxes ne soit pas un facteur limitant les prises en charge de patients peu compliqués et rapides. Ne pas utiliser les boxes comme zone d'attente de résultats d'examens en cas de saturation.
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une règle d'utilisation des boxes partagée par tous les médecins et paramédicaux appuyée par le médecin coordonnateur ou référent de l'équipe
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Expliquer et informer toute l'équipe de l'utilité de la démarche Partager l'intérêt d'avoir à tout moment un ou deux boxes capables de tourner rapidement
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Configuration des locaux : place limitée pour positionner dans de bonnes conditions des patients en attente d'examens
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Landerneau Centre Hospitalier de Laon
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Règles de libération des boxes de soins
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux Adapter l'organisation à l'activité

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

La démarche

Les établissements ont abordé différemment la mise en place de cette pratique :

- Dans un cas, elle a fait partie d'une réflexion plus globale sur le circuit des patients avec notamment la mise en place d'une zone pour les patients en attente de départ et une autre pour les patients en attente de simple consultation
- Dans l'autre cas, elle est une action à part entière avec l'édition de procédures écrites spécifiques.

Modalités de mise en œuvre :

- Le personnel a pour mission de garantir une rotation des patients dans les boxes afin de permettre au médecin de réaliser plus rapidement la consultation
- En pratique, un patient est remplacé dans un box par un nouveau patient lorsque l'examen médical et la prise en charge infirmière initiale sont engagés même si cette dernière n'est pas achevée.
- Les critères qui influent sur cette rotation des boxes sont :
 - La gravité de l'état de santé du patient et donc sa capacité à attendre un résultat d'examen assis dans une salle d'attente (salle d'attente de l'entrée ou attente radio) ou sur un brancard en zone centrale,
 - La durée prévisible de l'obtention de l'examen complémentaire (exemple scanner, échographie, avis spécialisé), voire des résultats
 - L'importance du flux entrant au service des urgences.

Dans tous les cas, le médecin référent ou l'IOA a pour mission, entre autres, de veiller à l'application de ce nouveau mode de fonctionnement.



Documents

Règles de libération des boxes de soins – Centre Hospitalier de Landerneau

REGLES DE LIBERATION DES BOX DE SOINS	
Qui prend la décision ?	<ul style="list-style-type: none"> • L'I.O.A. • Le médecin référent « urgences » (horaire 8 h 30 / 18 h 30)
Quand doit-on libérer les boxes ?	<p>Respect du code couleur de triage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrivée d'une urgence vraie (code rouge / orange) • code couleur / temps d'attente <p>Flux de passages importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nombreux patients en attente dans la salle d'attente • délai d'attente important
Qui peut-on déplacer ?	<p>Patients en attente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de lit dans un service d'hospitalisation • de résultats d'examens complémentaires (radio, bilan...) • de rendez-vous (écho, scanner...) • d'avis spécialiste <p>Patient « code vert »_installés dans un box et non vus</p>
Où mettre ces patients ?	<p>Patient en brancard :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre le brancard dans chambre UHTCD si disponible (appel malade) • brancard dans couloir côté urgences <p>Patient en chaise de transfert ou valide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chambre UHTCD • couloir • salle d'attente (si cohérent et/ou accompagné)
Où mettre leur dossier ? Comment les localiser ?	<p>Pour l'UHTCD :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre une étiquette « patient » sur la planification murale • mettre le dossier sur le plan de travail côté UHTCD • transmission de l'info à l'IDE de ce secteur <p>Couloir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre une étiquette « couloir » sur le dossier • déposer le dossier : <ul style="list-style-type: none"> ○ dans la case couloir si patient vu ○ avec les dossiers en attente en respectant les codes couleurs et l'heure d'arrivée pour les patients non vus. <p>Salle d'attente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • si patient vu par le médecin mettre le dossier dans la case salle d'attente • si patient non vu remettre le dossier avec les dossiers en attente



Règles de libération des boxes de soins – Centre Hospitalier de Laon

	CENTRE HOSPITALIER de LAON	PROCEDURE DE ROTATION DES SALLES D'EXAMEN	
Date de création : 04/02/2008		Page 1 sur 3	
Réf : PS PCC SPE 003 v1		Destinataires: SAU , DSS	
Emetteur : Groupe projet audit MEAH		Vérificateur : AS TRIFFAUX, Cadre de Santé, SAU Dr E. LEMAIRE-NANNI, Chef de Service, SAU Mme DESJARDIN, cadre supérieure	Approbateur : Mme PAGE, Directrice des soins

OBJET

Réduction des délais d'attente de prise en charge médicale et paramédicale des patients arrivant au SAU.

DOMAINE D'APPLICATION

Optimisation de l'utilisation des ressources.

PERSONNEL CONCERNE

IDE, AS, brancardiers, médecins, ASH, Antenne socio psychologique

INDICATEURS

Temps de passage moyen des patients.

I ORGANISATION ET OBJECTIF

Le personnel organise une rotation des patients dans les salles de soins pour permettre au médecin de réaliser plus rapidement la consultation : un patient est remplacé dans une salle d'examen par un autre patient, même si son circuit dans le SAU n'est pas achevé, en fonction de la gravité de son état et de l'importance du flux entrant.

II MISE EN ŒUVRE

Le patient ne doit pas être contagieux ni être en fin de vie.

Le médecin doit donner son accord à la sortie de box et la mise en attente dans le couloir.

L'IDE, l'AS et le brancardier installent le patient dans le couloir.

L'IDE remplit le formulaire jaune d'attente dans le couloir avec les motifs d'attente (place, résultats d'examen, avis spécialisé...).

L'IDE réoriente le patient dans le couloir sur Résurgences pour prévenir l'IAO de la libération d'un box.



Assurer une prise en charge sécurisée des patients « couloir »

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge des services d'urgence due à un afflux de patients ou à une inadéquation des locaux avec les flux de patients (cas des services anciens où le dimensionnement initial a été largement dépassé) impliquant une obligation d'avoir des patients en attente dans les couloirs • Assurer une prise en charge sécurisée dans le temps
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une prise en charge sécurisée des patients « couloirs »
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les différentes zones géographiques • Mettre en place des moyens de traçabilité du couple dossier / patient • Définir les modalités de gestion des patients • Former le personnel
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Implication de l'ensemble du personnel du service des urgences
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas officialiser un dysfonctionnement • Ne pas occulter les difficultés d'hospitalisation car une solution a été mise en place par le service des urgences
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Hospitalier de Perpignan
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Procédure d'organisation physique et fonctionnelle de la zone de triage • Fiche « patient couloir » • Gérer les zones d'attente « couloir »
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un état des lits périodique • Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation • Mettre en place des procédures de surbooking • Contractualiser entre les urgences et les services d'aval

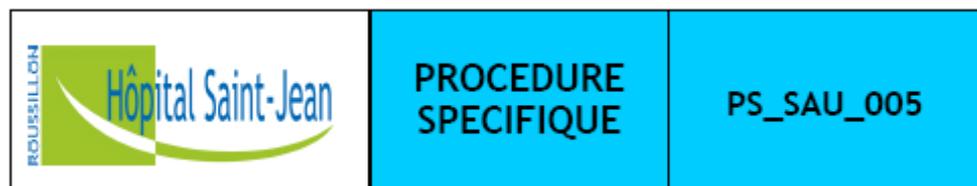
	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Documents

Procédure d'organisation physique et fonctionnelle de la zone de triage – Centre Hospitalier de Perpignan



I – OBJET et DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure décrit comment sont identifiés, organisés et gérés les patients installés en aval dans la zone de triage du service des urgences. Elle s'applique à tout le personnel soignant et médical du service des urgences.

II - DEFINITION ET ABREVIATION

- Brancard couloir : un brancard couloir est un brancard sur lequel est installé un patient en zone d'aval.
- Zone aval : zone comprenant trois couloirs : couloir cadre », couloir bloc, couloir UHCD
- Zone de triage : zone comprenant les différentes salles d'examen, les 5 boxes de consultation, les 2 salles de suture, la salle de plâtre et la zone d'aval.
- Couloir bloc : couloir donnant accès aux personnels du bloc opératoire
- Couloir cadre : couloir donnant accès au bureau des cadres
- Couloir UHCD : couloir situé dans la zone d'UHCD
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- Patient valide : patient installé sur brancard mais qui peut se lever
- Patient non valide : patient installé sur brancard et qui ne peut pas se lever

III- REFERENCE

- Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation – Edition 2007
- Réf 23 a – b – c – d – La prise en charge du patient se présentant pour une urgence
- Réf 43b- Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises
- Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences – retour d'expériences – MEAH – Edition Berger-Levrault - Janvier 2006

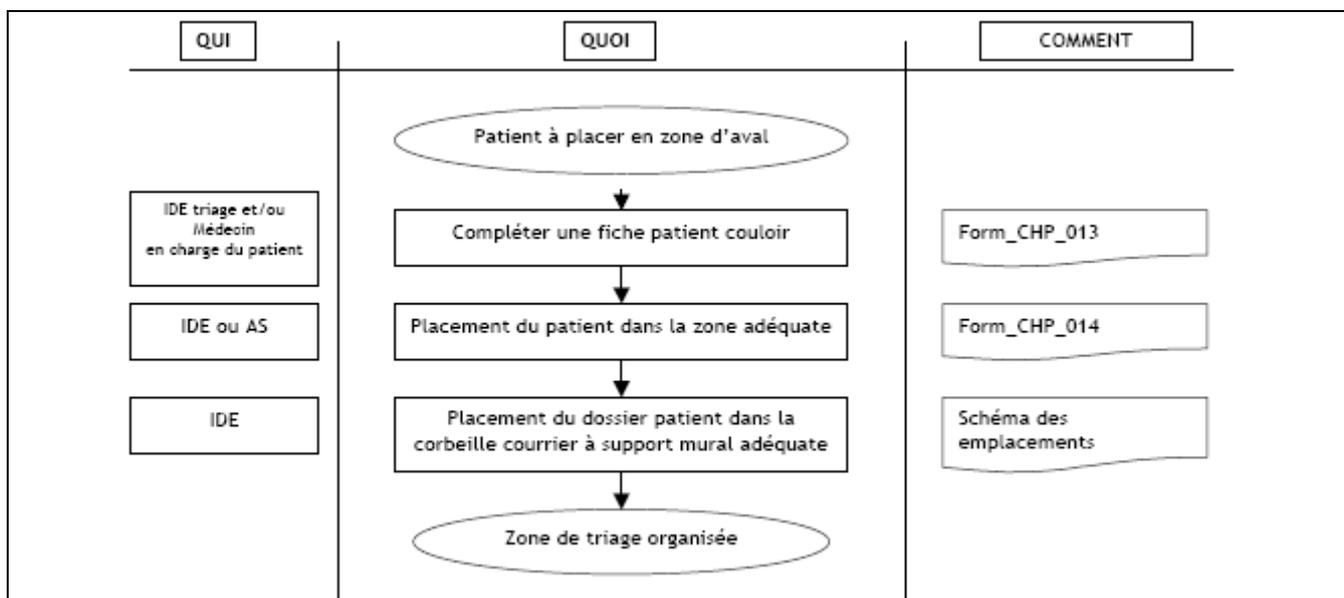
IV - DOCUMENTS ASSOCIES

- Form_CHP_013_ Fiche patient couloir
- Form_CHP_014_ Affiche Zone de triage

V - DESCRIPTION

V-1 Organisation physique de la zone de triage

V-1.1- Logigramme



V-1.2 - Création d'une fiche patient couloir

Lorsqu'un patient doit être placé en attente dans la zone d'aval, le médecin et/ou l'IDE triage en charge du patient renseigne une fiche patient couloir (Form_CHP_013).

Il colle une étiquette « patient » à l'emplacement indiqué et renseigne :

- Le nom du médecin en charge du patient
- Si le patient doit rester à jeun
- Si le patient nécessite un repas spécifique diabétique.
- Si le patient peut se lever
- Quel est ou quels sont les motifs d'attente du patient.

V-1.3 - Placement du patient dans la zone adéquate

En fonction des motifs d'attente et de l'état du patient, l'IDE ou l'AS place le patient dans la zone adéquate en se référant au tableau de décision – Gestion des zones d'attente « couloir » (Form_CHP_014)

Tableau de décision : Gestion des zones d'attente « couloir »

	Attente hospitalisation	Attente bilans / résultats	Attente sortie
Patient non valide	<p>1 - Couloir Bloc (5 places)</p> <p>2 - Couloir UHCD (5 places)</p>		<p>Couloir Cadre (4 places)</p>
Patient valide	<p>1 - Couloir Cadre (4 places)</p> <p>2 - Couloir Bloc (5 places)</p>		

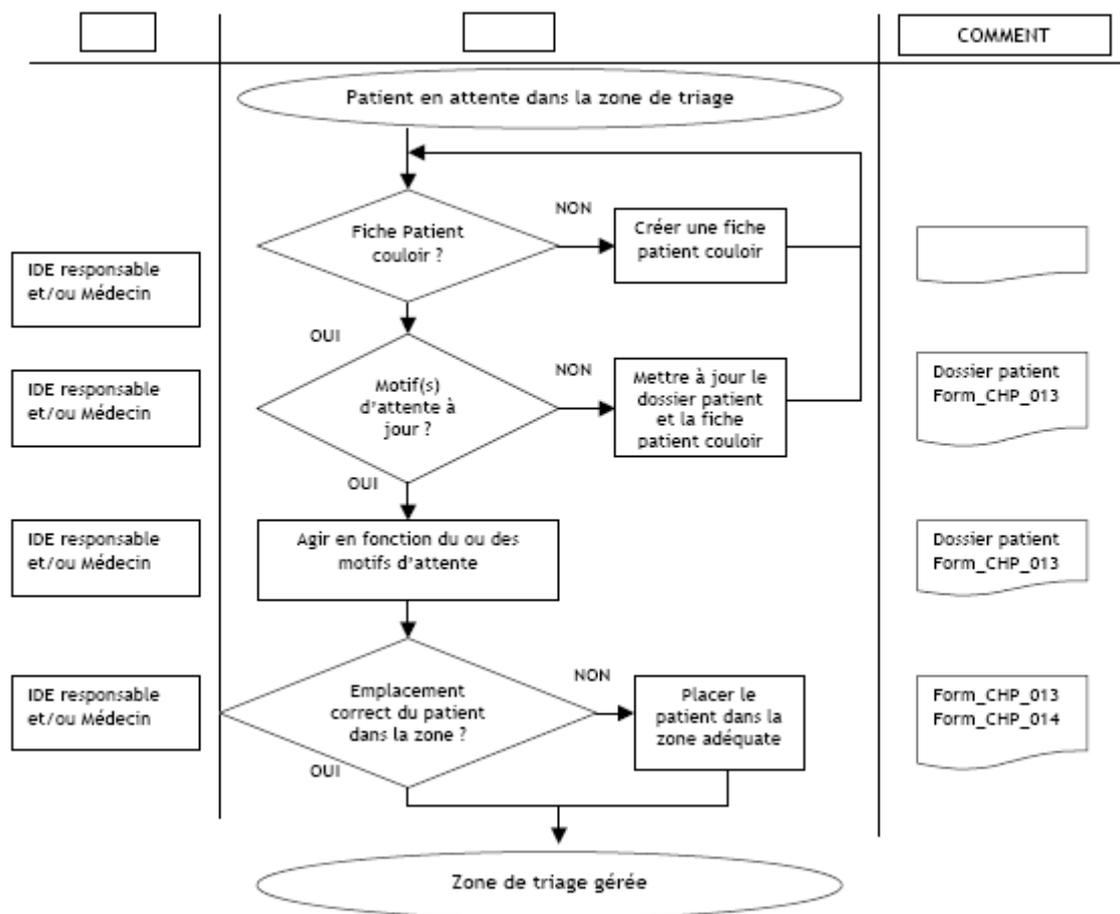
V-1.4 – tri des dossiers

Lorsque cette fiche est complétée, l'IDE ou le médecin la positionne sur le dossier patient (visible) et l'ensemble est maintenu sur un support adapté à cet emploi et placé dans la corbeille courrier à support mural prévue à cet effet.



V-2 Gestion de la zone de triage

V-2.1 Logigramme



V-2.1- détail des étapes



Le médecin et/ou l'IDE sont responsables de la gestion de la zone de triage.

Pour chaque patient en attente dans la zone de triage, le médecin et/ou l'IDE :

- S'assurent de l'existence de la fiche de suivi, dans le cas où la fiche de suivi n'a pas été élaborée, ils en élaborent une.
- S'assurent que le ou les motifs d'attente spécifié(s) sur la fiche de suivi du patient sont toujours d'actualité et effectuent les démarches nécessaires pour diminuer au maximum le délai d'attente du patient
 - Dans le cas où le patient est en attente de résultat ou de consultation, l'IDE et/ou le médecin effectuent un rappel auprès des responsables concernés
 - Dans le cas où le patient attend un retour à domicile, l'IDE et/ou l'IRF s'assurent que les démarches ont bien été enclenchées.
- S'assurent que le patient est bien placé dans la zone d'attente correspondant à son motif d'attente ; si ce n'est pas le cas, se réfèrent à l'affiche « Gestion des zone d'attente « couloir » Form_CHP_014. »
- Suite à l'évaluation initiale (feuille verte), toute nouvelle prescription doit être rédigée sur une feuille jaune

V-3 Les mutations

L'IRF est responsable de l'organisation de l'aval des patients.

En fonction de la situation du patient, l'IRF et/ou l'IDE du tri place une pastille de couleur sur la fiche patient couloir :

- Orientation non posée par le médecin : aucune pastille
- Orientation posée par le médecin, lit d'hospitalisation en cours de recherche : pastille rouge
- Orientation posée par le médecin, lit d'hospitalisation réservé, en attente de résultats d'examen : pastille noire (utilisée uniquement par l'IRF lorsqu'elle est présente)
- Orientation posée par le médecin, lit d'hospitalisation réservé, patient en attente de mutation : pastille bleue (utilisée uniquement par l'IRF lorsqu'elle est présente).
- Orientation posée par le médecin, patient en attente de retour à domicile : pastille jaune



Fiche « patient couloir » – Centre Hospitalier de Perpignan



Etiquette patient

Pastille devenir

Emplacement : B C U

Nom médecin SAU :

Fiche patient couloir

- A jeûn Oui Non
 - Repas « diabétique » Oui Non
 - Repas servi Oui Non
- Peut se lever Oui Non

Motif d'attente :

	<u>Effectué</u>	<u>Vu</u>
<input type="checkbox"/> Cs spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BU/ ECBU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rx standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Echo/TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problème social	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lit d'hospitalisation (pastille rouge)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Mutation (pastille bleue)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Surveillance : détail sur feuille jaune	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Réévaluation	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> RAD et transfert autre établissement (pastille jaune)	<input type="checkbox"/>	



Gérer les zones d'attente « couloir » – Centre Hospitalier de Perpignan



**Zone de triage :
Gestion des zones d'attente « couloir »**

	Attente hospitalisation	Attente bilans / résultats	Attente sortie
Patient non valide	1 - Couloir Bloc (5 places) 2 - Couloir UHCD (5 places)		Couloir Cadre (4 places)
Patient valide	1 - Couloir Cadre (4 places) 2 - Couloir Bloc (5 places)		

En fonction des motifs d'attente et de l'état du patient, l'IDE et/ou l'AS place le patient dans la zone adéquate en se référant au tableau de décision .

Rappel de l'organisation de l'aval des patients

L'IRF, en sa présence, est responsable de l'organisation de l'aval des patients.

En fonction de la situation du patient, l'IRF et/ou l'IDE du tri place une pastille de couleur sur la fiche patient couloir :

- = Orientation posée par le médecin, lit d'hospitalisation réservé, patient en attente de mutation
- = Orientation posée par le médecin, patient en attente de retour à domicile *
- = Orientation posée par le médecin, lit d'hospitalisation réservé, en attente de résultats d'examen
- = Orientation posée par le médecin, lit d'hospitalisation en cours de recherche
- = Aucune pastille : orientation non posée par le médecin



Ce recueil de bonnes pratiques organisationnelles aux urgences est le résultat d'un travail conduit, de l'été 2007 à fin 2008, par la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) auprès de quarante et un établissements. Il s'inscrit dans la continuité des travaux menés depuis 2003 sur ce thème.

Destiné aux professionnels des services d'accueil des urgences, médecins, soignants et encadrement, ainsi qu'aux membres des services connexes (imagerie, laboratoire, service d'hospitalisation), cet ouvrage présente des pratiques mises au point par des services d'accueil des urgences pour réduire les temps d'attente et de passage aux urgences mais aussi améliorer la qualité et sécuriser la prise en charge de leurs patients.

Opérationnel, il a pour ambition d'apporter des réponses concrètes aux questions que peuvent se poser les professionnels :

- Comment améliorer les conditions d'accueil des patients et accompagnants ?
- Comment adapter l'organisation du service des urgences à l'activité en temps réel ?
- Comment intégrer la prise en charge de la douleur dès la prise en charge par l'IOA ?
- Comment assurer une prise en charge sécurisée des « patients couloir » ?
- Comment améliorer la sortie des patients ?
- Comment gérer l'hospitalisation des patients à partir des urgences à un niveau institutionnel ?

Fruit des travaux des professionnels de services d'accueil des urgences et de consultants (cabinets ADOPALE, AGAMUS Consult, AGEAL Conseil, FACTEA, ORGA Consultant, OXIANE, PERSPECTIVE et SANESCO), ce fascicule de bonnes pratiques ne prétend pas répondre à l'ensemble des problématiques liées à la permanence des soins. Il se contente de décrire comment certains professionnels ont apporté des réponses concrètes aux situations auxquelles ils ont été confrontés.

La coordination et l'animation des travaux ont été assurées par Dominique TALANDIER, chargé de projet à la MeaH et pilote de ce thème auprès d'une centaine d'établissements.

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

50 rue du faubourg Saint Antoine
75012 Paris
Tél. 01 53 33 32 60
Fax : 01 53 33 32 69
www.meah.sante.gouv.fr

ANAP
appui santé & médico-social