

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

(S.A.U.)

Dr: BOUMELIK

2023/2024

PLAN:

I - CONCEPTION

II - ORGANISATION

III- MODE DE FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE

D'ACCUEIL DES URGENCES (S.A.U.)

- Les urgences, porte d'entrée névralgique du système de santé,
- sont une plaque tournante de l'hôpital, essentielle pour le tri et l'orientation des patients.
- Un service d'urgence doit assurer l'accessibilité des soins à tous.
- Il est caractérisé par une adaptation permanente à :
 - un flux irrégulier, d'une heure à l'autre, et d'un jour à l'autre.
 - des problèmes médicaux, ou médico-sociaux.
 - des exigences techniques de qualité et de précocité des soins sur certaines détresses.
 - la nécessité d'un plateau technique élaboré et fonctionnel 24 heures sur 24.
- L'organisation d'un service d'urgence doit être réfléchie et adaptée en fonction des besoins des patients d'une part, et de la structure d'autre part.

I - Conception d'un S.A.U :

1-1-Situation :

- Le service des urgences, visible et accessible depuis la porte de l'hôpital,
- doit avoir une entrée distincte de celles des autres services.
- Il doit être implanté à proximité de la *réanimation, des blocs opératoires, du laboratoire et de la radiologie.*

1-2-Architecture:

- Le service des urgences doit être situé sur un même niveau et son architecture doit tenir compte de la gestion des flux.
- Les patients et les accompagnants ne traversent pas les zones de soins.
- La circulation doit être fluide, et les portes motorisées dans les circulations principales utilisées par les brancards.
- L'aire de circulation doit être calculée de façon spécifique et comprise dans les surfaces utiles.

1-3-Sectorisation :

- Polyvalence, flexibilité et adaptabilité sont à considérer dans la sectorisation du service.
- Il existe plusieurs zones fonctionnelles dans un service d'urgence : zone d'accueil, zone de soins, zone technique, zone de service et unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.) (Figure 2-1).

A-Zone d'accueil :

- La zone d'accueil est la même pour tous les patients,
- l'accès doit être aisé et bien indiqué.
- L'entrée du patient arrivant à pied est séparée de celle du patient arrivant en ambulance.
- Cette zone d'accueil est constituée d'un local pour l'enregistrement des patients, d'une salle d'attente spacieuse, de salles de consultation, et d'une salle de déchocage.

B - Zone de soins :

- La zone de soins peut être divisée en plusieurs zones secondaires selon l'importance du flux de patients.
- Toutefois ces zones secondaires doivent garder, par leur architecture et leur équipement, un caractère polyvalent adaptable à toutes les situations.
- Les salles d'examen et de soins d'un même secteur sont regroupées autour d'un poste central de soins destiné à la gestion médicale et infirmière des malades .
- Chaque salle de soins comporte une paillasse sèche et humide, un espace informatique, et suffisamment de place pour accueillir, si nécessaire, la famille.
- La sectorisation peut être faite en deux circuits, léger et lourd.
 - Le circuit léger (ou ambulatoire) est destiné aux malades consommant peu de temps médical ou paramédical, et de ressources. Il permet un examen rapide, et ceci permet de réguler les flux en désengorgeant les urgences des petites consultations.
 - Le circuit lourd correspond aux malades habituellement couchés sur brancard et consommant beaucoup de temps et de ressources .

C - Zone d'hospitalisation :

- Cette zone d'hospitalisation est dite unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.)
- définie comme faisant partie intégrante d'un service d'urgence.
- depuis 1991, Cette dénomination a été modifiée en « Zone de surveillance de très courte durée ».
- Toutefois l'appellation « U.H.C.D. » doit être préférée par crainte d'une quelconque confusion avec le secteur de déchocage.
- Aux Etats-Unis, ces unités sont appelées « Observation Units » ou unités d'observation. Leur structure et leur fonctionnement sont définis par un texte de recommandations éditées par l'American College of Emergency Physicians;

- La philosophie de cette unité repose sur deux notions :
 - ❑ une hospitalisation de très courte durée;
 - ❑ une efficience de la démarche médicale des soins.
- Elle doit être dissociée architecturalement de la zone d'accueil sans en être éloignée.
- Le nombre de lits doit être adapté au nombre de passages aux urgences.
- Ces lits doivent être équipés de fluides médicaux et d'un monitoring non invasif de sécurité.
- De plus, un charriot d'urgence doit être disponible au sein de l'unité.

D - Zone technique :

- La zone technique comprend les salles de radiologie conventionnelle et le laboratoire.
- ❑ Les salles de radiologie conventionnelle sont soit à l'intérieur du service des urgences, soit à l'intérieur du service de radiologie qui, lui, est à proximité des urgences. Il en est de même pour la salle d'échographie et de tomодensitométrie.
- ❑ Lorsque le laboratoire est éloigné du service des urgences, les prélèvements sont acheminés par un moyen rapide. Une banque de sang doit être disponible au sein des urgences.

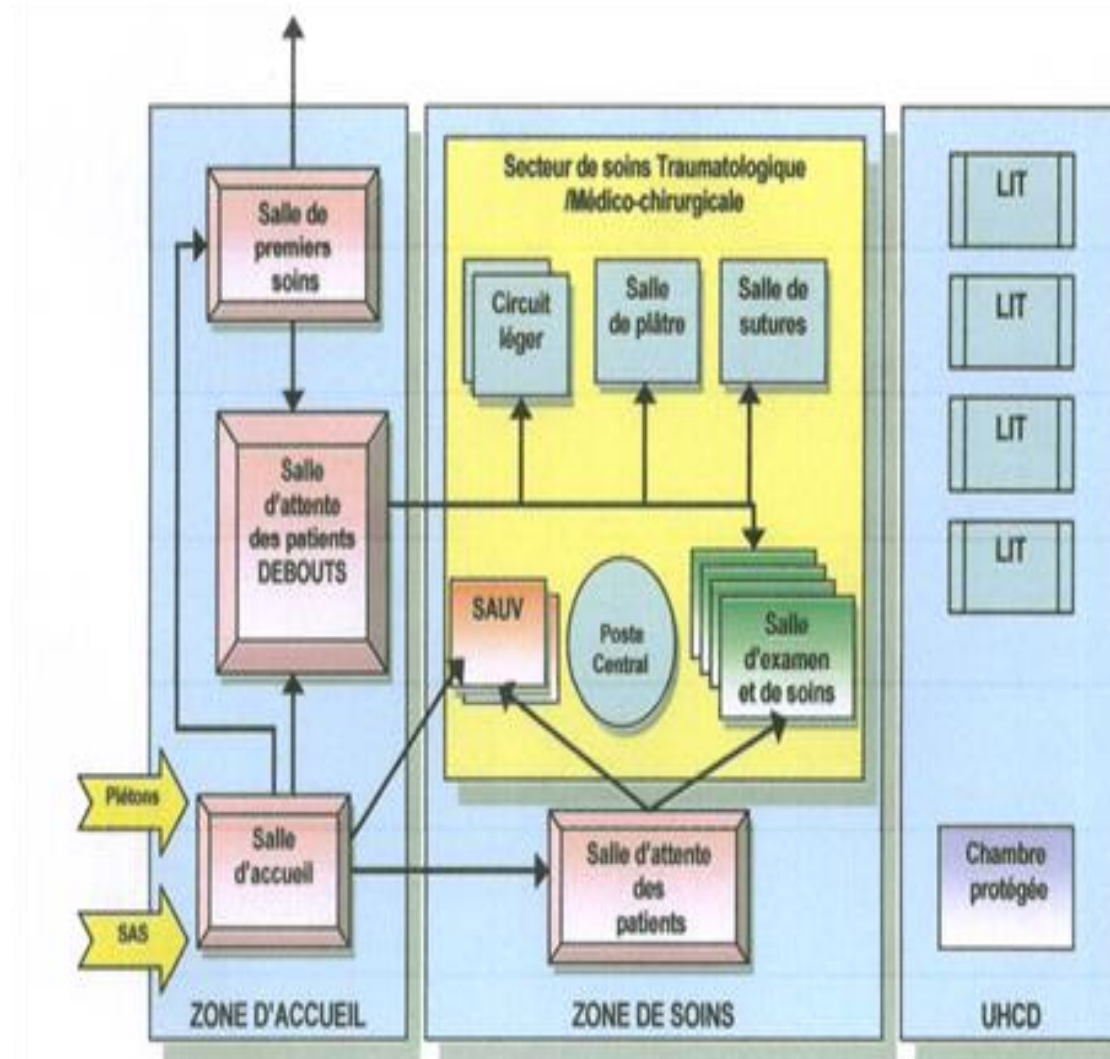
Pour le bloc opératoire

- Il n'est pas justifié de prévoir un bloc opératoire dans les locaux des urgences .
- Toutefois, en Algérie, depuis 1995, le service des urgences est doté de bloc opératoire.
- Dans le cas contraire, le S.A.U. peut être situé à *proximité* des blocs opératoires d'autres services.

E - Zone de service :

- La zone de service est composée de bureaux pour les médecins permanents et les cadres travaillant aux urgences.
- Une vaste salle de réunion est indispensable pour l'enseignement et les réunions de service.

Figure 2-1 : Architecture schématique d'un service d'accueil des urgences (SFMU - 2005)



1-4-Sécurité, surveillance et confidentialité :

- Plusieurs dispositions doivent être prises pour assurer la sécurité au sein du service des urgences.
- L'accès à la zone de soins est réservé aux patients, aux accompagnants et au personnel soignant.
- L'agencement des locaux, tout en permettant une surveillance des malades, doit également garantir la confidentialité et la protection de leur intimité.
- Cela peut être assuré au moyen de rideaux ou de paravents, particulièrement en S.A.U.V.

1-5-Attente des patients et des familles :

- Le principe même d'un service d'urgence est de prendre en charge le patient très rapidement, et de diminuer la zone d'attente intérieure.
- L'attente ne doit pas être organisée dans les couloirs mais dans des salles intérieures prévues à cet effet en plus de celles se trouvant à l'extérieur pour les familles.

II - Organisation d'un S.A.U :

2-1- Personnel d'un service d'urgence:

☐ Personnel médical :

- Le nombre de médecins seniors varie en fonction:
 - nombre de passages aux urgences,
 - nombre de lits en U.H.C.D,
 - nombre de dossiers de régulation médicale
 - nombre de sorties en S.M.U.R.

❑ *Personnel non médical :*

- Il est constitué de :

- Cadres de santé
- Infirmiers
- Aide soignants
- Psychologues
- Secrétaires et informaticiens
- Agents de service hospitalier et techniciens de surface

- Dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité, un référentiel relatif aux ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence a été élaboré en 2011.
- Ce référentiel établit des ratios fondamentaux Il formalise une quantité et une répartition des effectifs médicaux et non médicaux indispensables à mettre en place pour permettre le « juste soin » en structure d'urgence. Cependant, des variations qualitatives, organisationnelles ou saisonnières peuvent être observées et doivent être prises en compte.
- Le nombre de médecins seniors (hors UHCD) varie en fonction du nombre annuel de passages au SAU (Tableau 2-1).

Tableau 2-1: Nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement d'un SAU (Hors UHCD)

Passages/an au Service des Urgences	Nombre de médecins (24 heures)	Nombre de médecins Renfort diurne	Nombre de médecins Renfort nocturne
10 – 20 000	1	1	0
20 – 30 000	1	2	0
30 – 40 000	2	1,5	0
40 – 50 000	2	2	1
50 – 60 000	2	2,5	1
60 – 70 000	3	2,5	0
70 – 80 000	3	2,5	1
80 – 90 000	3	3	1
90 – 100 000	4	3	0

- Le « renfort diurne » comprend des horaires variables (par exemple 8h00-18h00 et 11h00-21h00) de façon à s'adapter au flux variable dans la journée) et à assurer un chevauchement avec la garde, sans dépasser 21h00.
- Le « renfort nocturne » correspond à la présence d'un médecin sur la période pouvant aller de 18h00 à 23h00.

Le nombre d'infirmiers et d'aide soignants dans un service d'urgence est également fonction du nombre de passages, leur répartition varie selon l'activité des différents secteurs ou filières du service (circuit court, circuit long, SAUV) (Tableau 2-2).

Nombre de passages/an	IDE 24 H	IOA 24 H	IDE SAUV	Aide soignant 24 H	Aide soignant avec IOA circuit court	Aide soignant SAUV
< 10 000	1	0	0	1	0	0
10 – 17 500	2	0,5	0,5	1	0,5	0,5
17,5 – 25 000	3	0,5	0,5	2	0,5	0,5
25 – 35 000	4	1	1	2	1	1
35 – 45 000	5	1	1	3	1	1
45 – 55 000	6	1,5	1,5	3	1,5	1,5
55 – 65 000	7	1,5	1,5	4	1,5	1,5
65 – 75 000	8	2	2	4	2	2
75 – 85 000	9	2	2	5	2	2
85 – 95 000	10	2,5	2,5	5	2,5	2,5

- L'activité en UCHD est essentiellement diurne, la réévaluation des patients et leur orientation devant aboutir à la libération rapide de l'UHCD afin de garantir un séjour inférieur à 24 heures.
- L'UHCD est intégrée fonctionnellement au SU si son nombre de lits est inférieur à 6.
- L'effectif médical nécessaire en UHCD est fonction du nombre de lits (Tableau 2-3) de même que le nombre d'infirmiers (1 infirmier / 24 Heures/ 8 lits) et d'aide soignants (1 aide soignant /24 heures /8 lits).

Tableau 2-3 : Nombre de médecins en UHCD

Nombre de lits d'UHCD	Nombre de médecins seniors « diurnes »
1 – 2	0,25
3 – 4	0,5
5 – 6	0,75
7 – 9	1
10 – 20	1,5
21 – 30	2

Particularités des services d'urgence en Algérie :

- ❑ En Algérie, l'organisation d'un service d'urgence est confiée à ***un praticien exerçant à titre permanent***, *assisté dans sa tâche par* des médecins anesthésistes-réanimateurs, des chirurgiens généralistes, des médecins internistes, ainsi que des médecins résidents et des stagiaires internés (dans le cadre de leur formation dans un centre hospitalo-universitaire).
- ❑ Le personnel paramédical est composé de :
 - Infirmier de santé publique (surveillant médical)
 - Infirmiers de santé publique (soins intensifs, soins infirmiers)
 - Manipulateurs en imagerie médicale
 - Agents de bureau, et secrétaires d'administration.

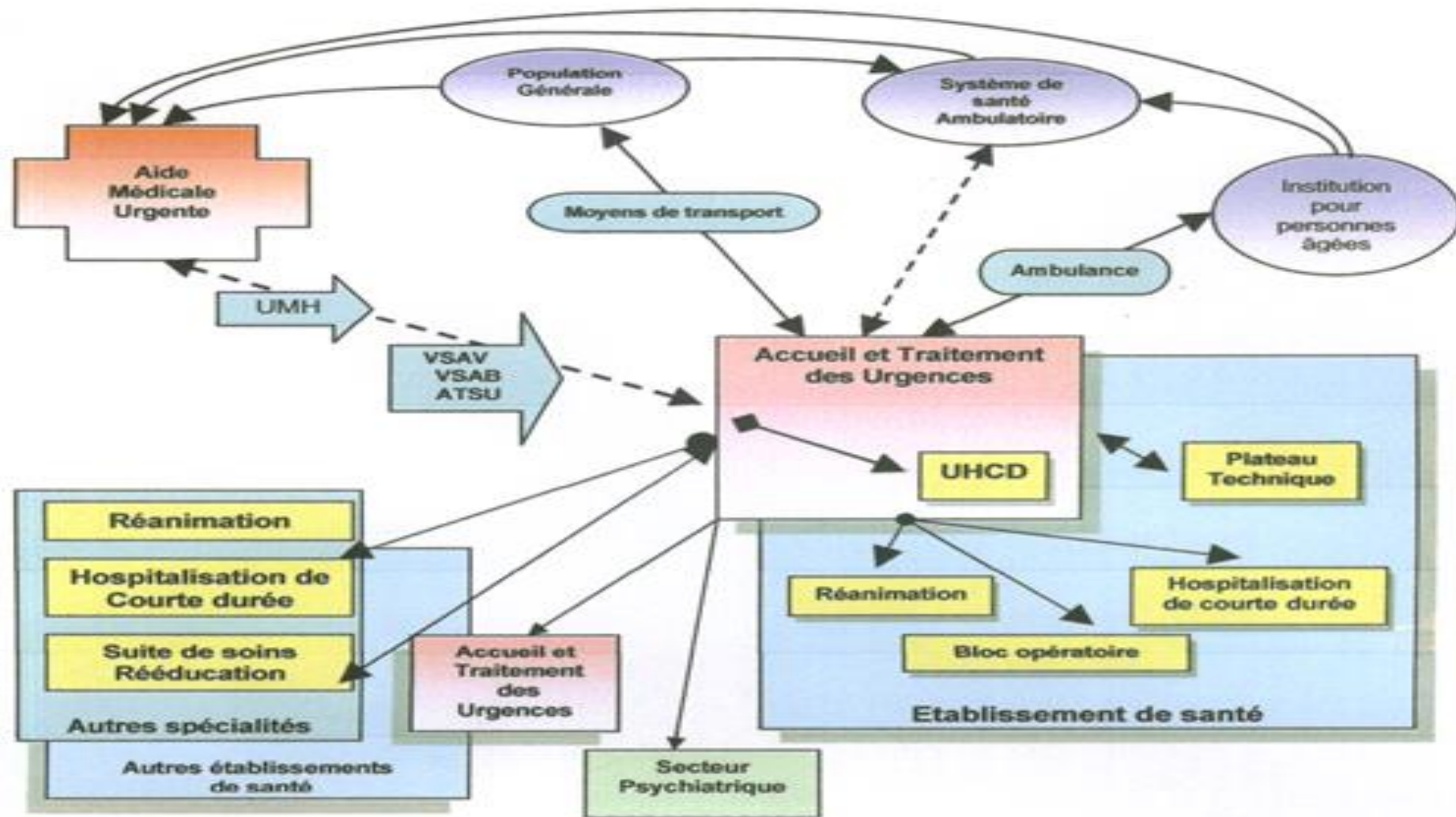
III- Fonctionnement d'un S.A.U (Figure 2-2):

- Le médecin chef des urgences a autorité sur le personnel médical et paramédical.
- Il veille particulièrement :
 - à la présence effective du personnel médical et paramédical.
 - à la qualité de l'accueil et des soins aux malades ainsi qu'à l'accueil des familles et à la réduction du temps d'attente.
 - à l'organisation du transport des malades dans l'hôpital, et à l'organisation des transferts vers d'autres établissements.
- Il coordonne les activités des différentes équipes de garde, et est assisté dans ses tâches d'un surveillant médical exerçant à titre permanent.

- A l'accueil, le médecin ou l'infirmier(e) organisateur de l'accueil va rapidement examiner le malade puis l'orienter par un circuit spécifique vers la zone de soins qui lui correspond. C'est cette notion de triage dans les services d'urgence qui est appliqué dans plusieurs pays (et qui est récente en Algérie),
- Dans cette zone, le malade est examiné. Les premiers soins, parfois des gestes de déchocage, sont entrepris. A partir de là, plusieurs possibilités se présentent (Figure 2-3) :
 - Le malade non urgent est orienté vers une consultation ultérieure (code vert)
 - Le malade urgent, dont le diagnostic est posé et relevant exclusivement d'une spécialité, est pris en charge par la garde de la spécialité (code orange).
 - S'il s'agit d'une extrême urgence, le patient est admis directement en salle de déchocage, en soins intensifs ou au bloc opératoire (code rouge).
- Le malade urgent, dont **le diagnostic n'est pas établi**, est admis en observation médico-chirurgicale au sein du secteur d'hospitalisation de l'unité hospitalière d'urgence (**U.H.C.D.**)

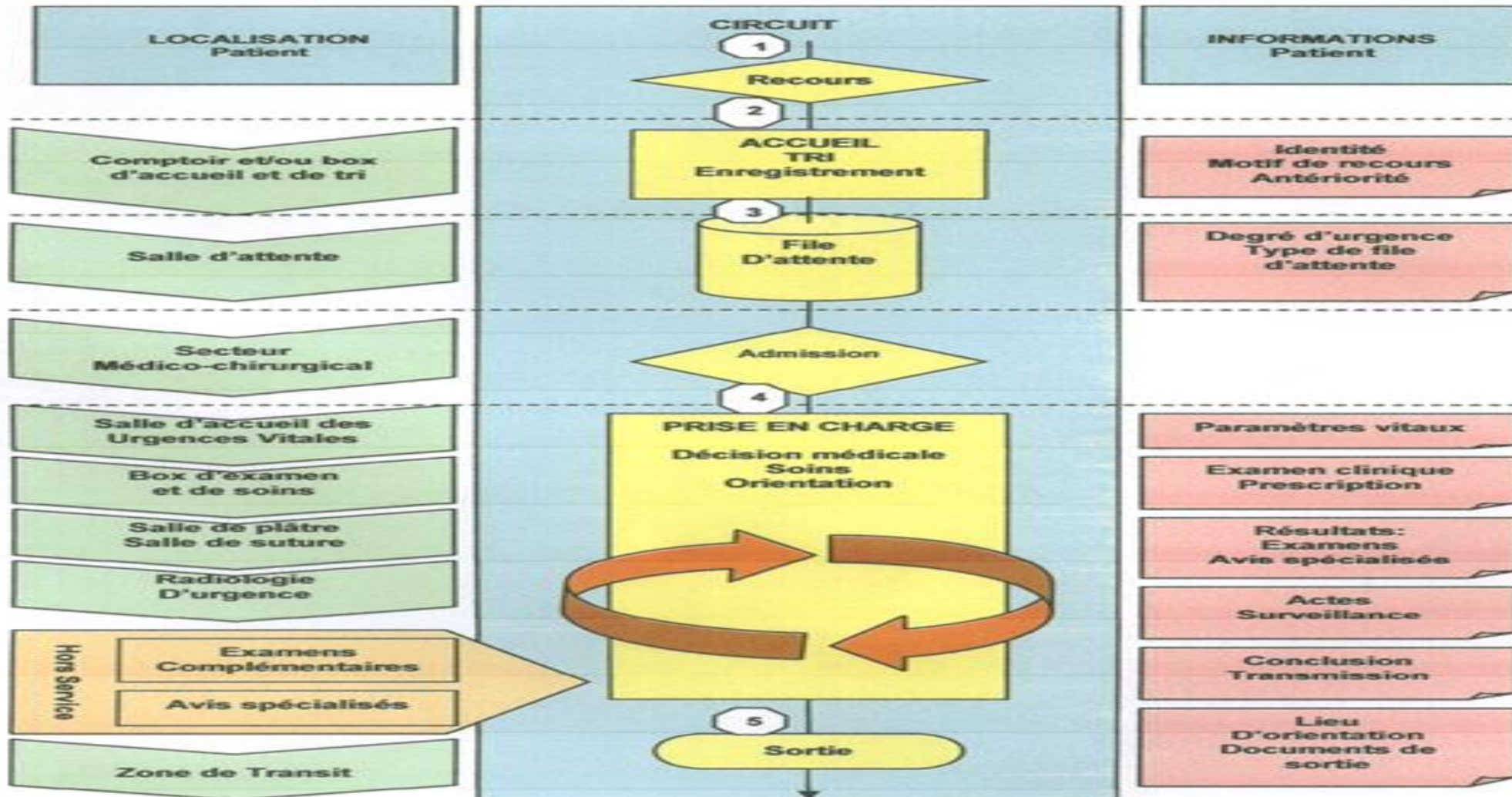
- S'agissant d'une unité d'hospitalisation non conventionnelle (contrainte de temps et recrutement non programmé), la durée d'hospitalisation y est limitée par un texte réglementaire car l'UHCD doit renouveler quotidiennement sa capacité d'accueil.
- Il est recommandé de **ne pas hospitaliser en U.H.C.D.** :
 - ❖ Les patients dont la pathologie est clairement identifiée et qui relèvent donc d'une hospitalisation dans **un service spécialisé**.
 - ❖ Les patients graves relevant d'une hospitalisation **en réanimation**.
 - ❖ Les patients **sortant du bloc opératoire** (L'U.H.C.D. n'est pas une salle de réveil).

Figure 2-2 : Les relations hospitalières et extra hospitalières (SFMU - 2005)



- Il est nécessaire d'établir :
 - Des critères d'admission en fonction des pathologies à traiter, des syndromes à surveiller, et des attentes de mutations et de transferts,
 - Des critères de surveillance, et d'intervention en cas de complications,
 - Ainsi que les modalités d'intervention des spécialistes d'organes pour les prescriptions et l'orientation.
- Le praticien responsable doit prononcer le transfert du patient vers le service d'hospitalisation qui lui convient .

Figure 2-3 : Diagramme générique du circuit patient
(SFMU - 2005).



Merci pour votre intention