

Organisation des urgences

Dr Bouadjaj S
MA Anesthesie Reanimation
CHU de sidi Bel Abbes



Objectifs pédagogiques

Des notions élémentaires de base de la médecine d'urgence, que tout medecin généraliste (qui travail en plein temps ou fait des gardes aux urgences) doit maitriser



Plan

Introduction- Définition

Missions des urgences

Problématiques au niveau des urgences

- Augmentation du recrutement
- Patients non urgents

Déterminants aux urgences

- Flux de patients et sa gestion
- Durée moyenne de passage aux urgences : DMS
- Circuits des Urgences
 - Circuit court
 - Circuit long
- pôles d'urgences spécialisés (POSU)



Plan

Structure de SAU : les 5 Zones

Zone d'Accueil et de triage

Zone de soins et d'examens

Zone d'observation

Zone technique

Zone de service et personnel

Recherche de solution

Ticket : tour des patients

Triage médical

Triage et accueil

Echelle de triage

Fiche de triage

Conclusion

Bibliographie



Introduction

Définition de l'urgence:

L'urgence est un besoin de soins et/ou de santé pour un individu, qui est inattendu ou imprévisible

- Cet état peut mettre le pronostic vital en jeu à court terme

- Pour faire face à cette situation exceptionnelle, des services **d'urgences intra hospitaliers** ont été créés au 19^{ème} siècle.

- Cependant que la médecine **d'urgence extra hospitalière** existait depuis des siècles sur les champs des batailles des guerres



Introduction

Ces Services d'urgences intra hospitaliers ont différentes appellations selon les pays :

- Dans les pays francophones : **Service d'Accueil d'urgence (SAU)**
- Dans les pays anglo-saxonnes = **Emergency département = ED**
- Dans notre pays : **Service d'urgence médico - chirurgicales = UMC**

مصلحة الإستعجلات الطبية الجراحية

ou fractionné en **service d'urgences médicales =UM** et **service d'urgences chirurgicales =UC**



Missions des urgences

1- L'Accueil : accueillir toute demande de soins des patients, ainsi que les accompagnants

2- L'enregistrement administratif :

Toute personne se présentant aux urgences doit être enregistrée pour une traçabilité médico légale

3- La sélection des patients :

La réorientation des patients non-Urgents vers les structures de santé appropriées pour garantir la meilleure prise en charge des vraies Urgences

4- Le Triage :

C'est l'évaluation, dès l'arrivée des patients, leur degré d'Urgence afin de déterminer leur niveau de priorité de soins et donc prioriser certains Urgences (l'urgence Vitale doit bénéficier d'une prise en charge immédiate)



Missions des urgences

5- La Programmation des admissions:

Elle consiste à hospitaliser les patients dans un service donné pour continuer les soins adaptés et à programmer cette admission en fonction de la disponibilité des places d'hospitalisations

6- La gestion de l'attente :

Principale source d'insatisfaction des patients est l'attente aux urgences

7- Accompagnement et installation des patients :

Le medecin régulateur et l'infirmier du triage doivent accompagner et installer les patients urgents dans la zones de soins appropriées

8- La transmission des informations aux Unités de Soins :

Un dossier médical doit accompagner le patient dans tout son parcours de soins aux urgences et vers les services d'hospitalisations





Problématiques au niveau des urgences

1- Augmentation du recrutement des patients aux urgences / année :

- Augmentation du nombre de patients admis par augmentation de la population
- Accessibilité des urgences à tout moment de la journée
- La proximité aux agglomérations encourage à la consultation
- La Société devient intolérante à la souffrance et à l'attente

2- Patients non urgents : 30-40% des cas :

- Provoquent un encombrement des lieux de soins
- Augmentation de la charge du personnels médicale et paramédicale
- Gênent les vraies urgences
- Abus : des examens complémentaires biologiques et radiologique
- Diminution du nombre de sortie des patients



Augmentation du recrutement des patients aux urgences / année

Nombre de passage : UMC du CHU Bab El Oued sur 12 ans/mois de Janvier



Déterminants aux urgences

1- Flux de patients et sa gestion :

Définition : Un **flux** est le **nombre de passage** de patients : par heure (horaire), par 24h (quotidien), par semaine (hebdomadaire), par mois (mensuel) ou par année (annuel)

- **Flux maximum: ou pic**

Cette notion est très importante pour tout medecin qui reçoit les patients urgents:

- On dit que le **flux** est **en pic** quand le nombre de passage des patients enregistrés est à des taux maximum



Déterminants aux urgences

1- Flux de patients et sa gestion :

- Ce flux dépend directement des moments de mobilisation de la population: dans **les moments de pointe, le flux est maximum** aux niveau des urgences

- **Il est Universel**: il existe deux moments de flux maximum quotidien à travers le monde :

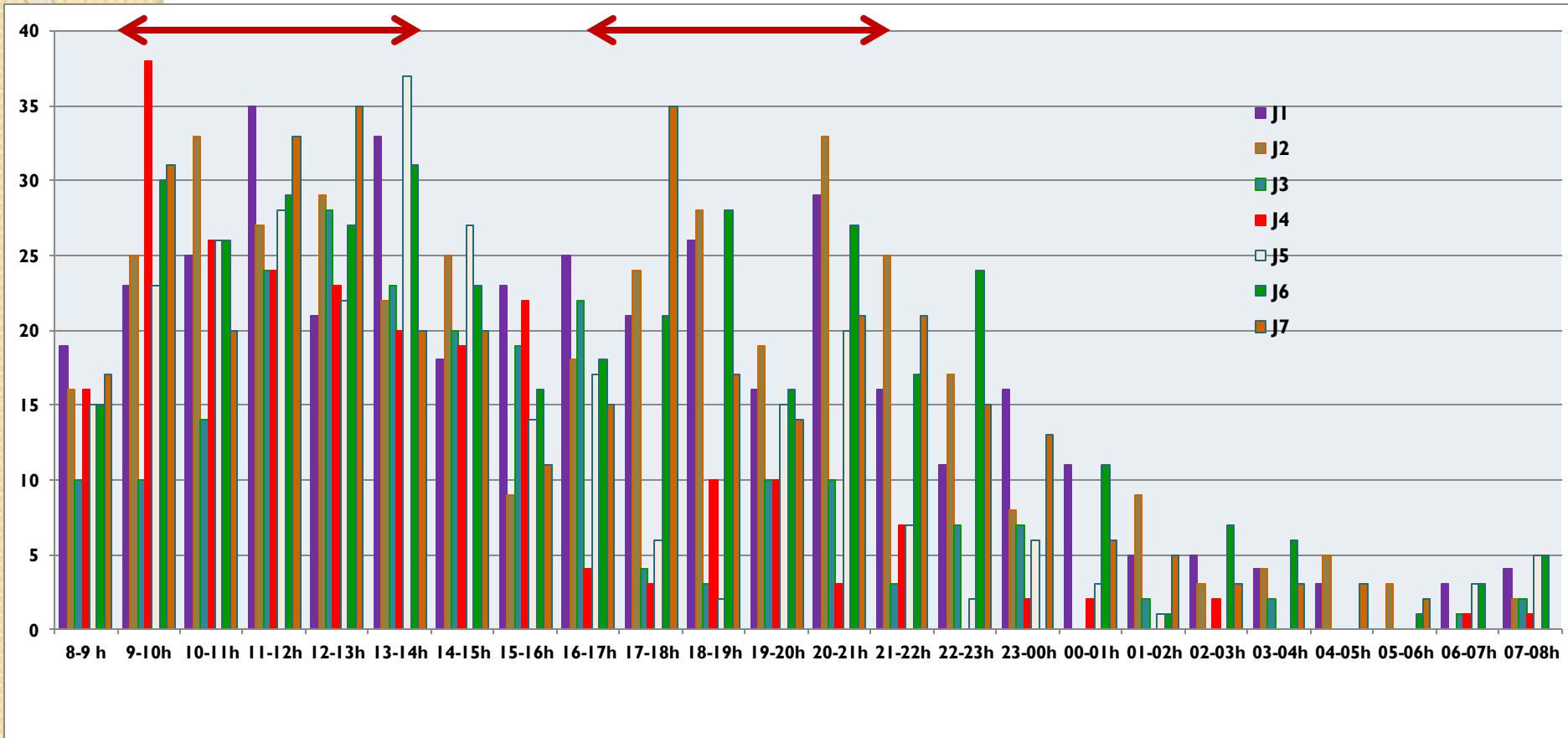
De **08 h-12h** le matin puis de **16h-22h**

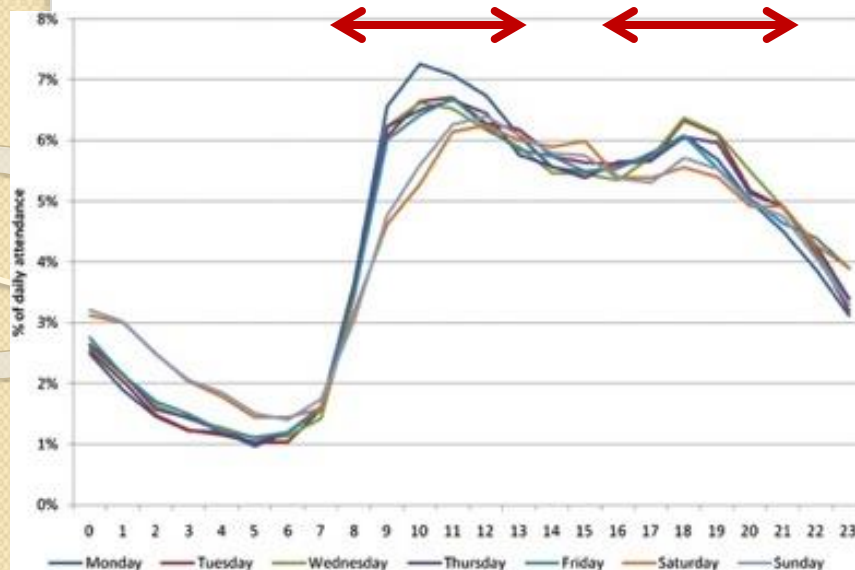
- Dans un moment de flux maximum, un medecin ne doit pas quitter son poste au niveau des urgences



Flux ou passage des patients

Flux Horaire sur 24 heures sur 7 jours aux UMC Bab El Oued



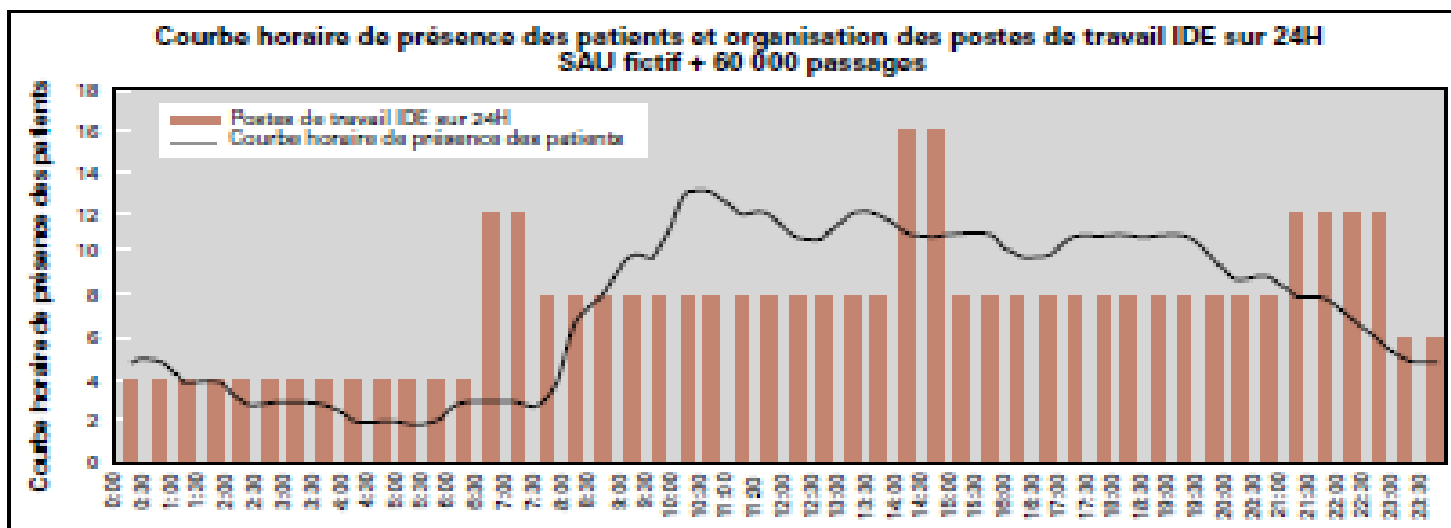


ORIGINAL RESEARCH CONTRIBUTION

Unscheduled Return Visits to the Emergency Department: Consequences for Triage

Gabrielle Sauvin, MD, Yonathan Freund, MD, Khaled Sa'adi, MD, Bruno Riou, MD, PhD, and Pierre Hausfater, MD, PhD

Flux horaire /24H dans un
hôpital canadien



Déterminants aux urgences

2- Durée moyenne de passage aux urgences : DMS

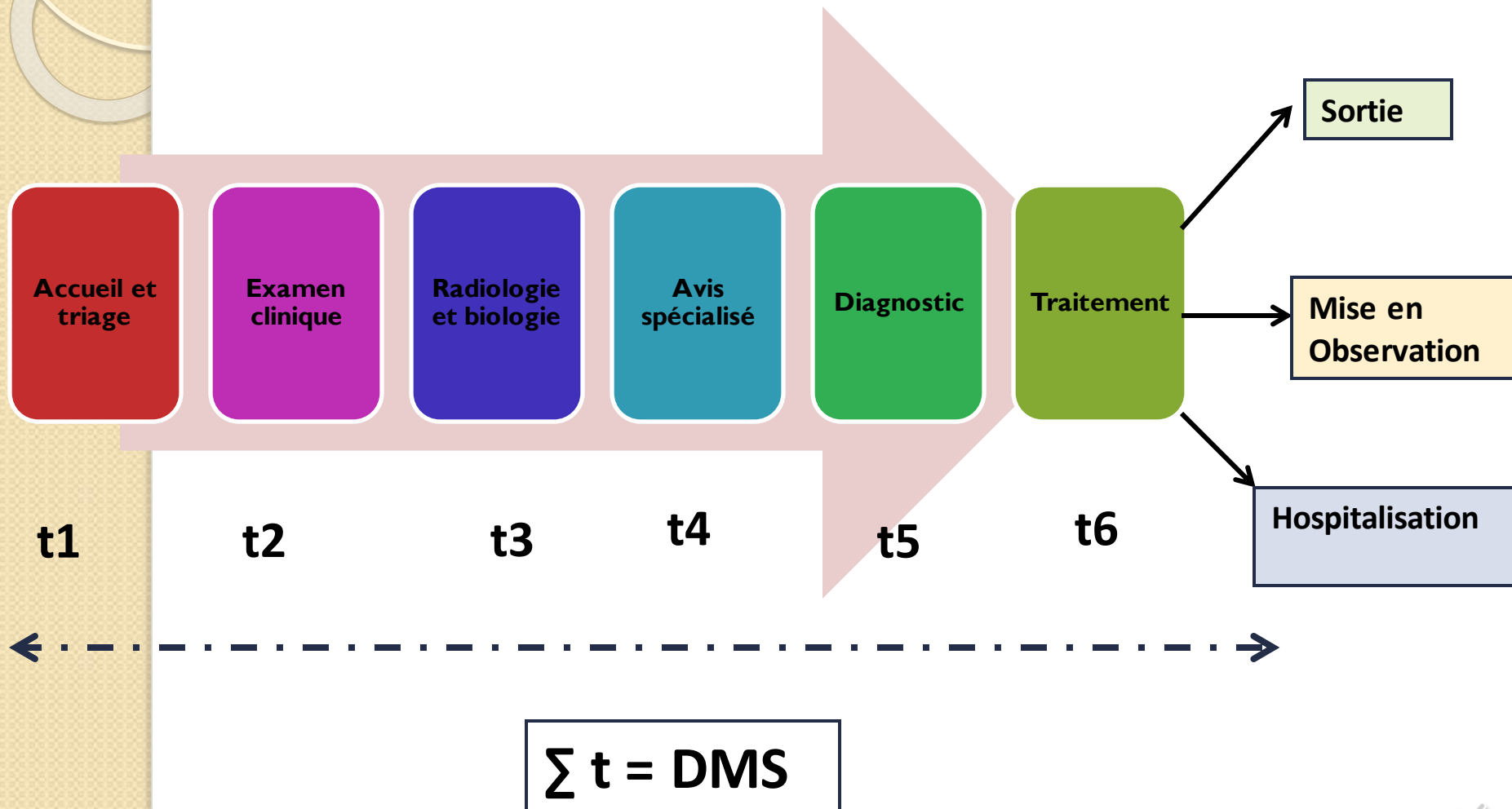
Définition: c'est la somme des différents temps écoulés par le patient depuis son accueil jusqu'à sa sortie des urgences

DMS = Temps d'accueil + temps d'examen clinique + temps d'attente + temps examen complémentaire + temps diagnostic + temps traitement +...etc

- Un medecin doit contribuer a diminuer cette durée moyenne de passage pour la rendre optimale , pour une meilleur prise en charge du patient urgent
- L'augmentation du DMS provoque le mécontentement du patient



Durée moyenne de passage (DMS)



Cas clinique

Patient âgé de 32 ans admis pour une toux productive et une douleur basi thoracique gauche, il passe 03 mn au triage et attend 20 mn pour être examiné, le medecin le reçoit et met 09 mn pour son examen clinique; puis il décide de faire une radio thoracique face et un ECG

L'ECG dure 10 mn et le patient attend 35 mn pour avoir sa radio, à son retour pour voir son medecin, ce dernier était occupé avec une dyspnée et met 13 minutes pour le revoir

Le medecin ne retrouve rien à l'ECG ni la radio thoracique, il décide de faire un dosage de troponine de crainte de passer



Cas clinique

À coté d'un IDM, qui revient dans la limite de la normale après 27 mn. Il décide alors d'appeler un avis spécialisé en cardiologie, le cardiologue met 45 mn pour venir aux urgences (il était occupé par d'autres urgences)

Le cardiologue écarte le diagnostic de l'IDM pendant 10 mn, puis le patient quitte les urgences avec une prescription médicale pour une pneumopathie après 8 mn.

- 1- calculer la DMS aux urgences
- 2- trouver vous que cette durée de passage est raisonnable?
- 3 - Si c'était vous quel sera votre attitude?
- 4- L'appel du cardiologue était il nécessaire ?



Réponses : Cas clinique

1- Le DMS est à 180 minutes = 03 heures

2- Ce temps **n'est pas raisonnable**, 3 h pour une pneumopathie
le patient était retenu aux urgences sans aucune utilité de soins
et le medecin s'est encombré avec les patients

3- (Discussion interactive) la douleur thoracique est classique
dans la pneumopathie, au maximum un ECG aurait éliminé
l'urgence cardiaque, (discussion)

4- La demande de troponine était abusive, l'avis spécialisé
n'était d'aucun intérêt



3- Circuits des Urgences

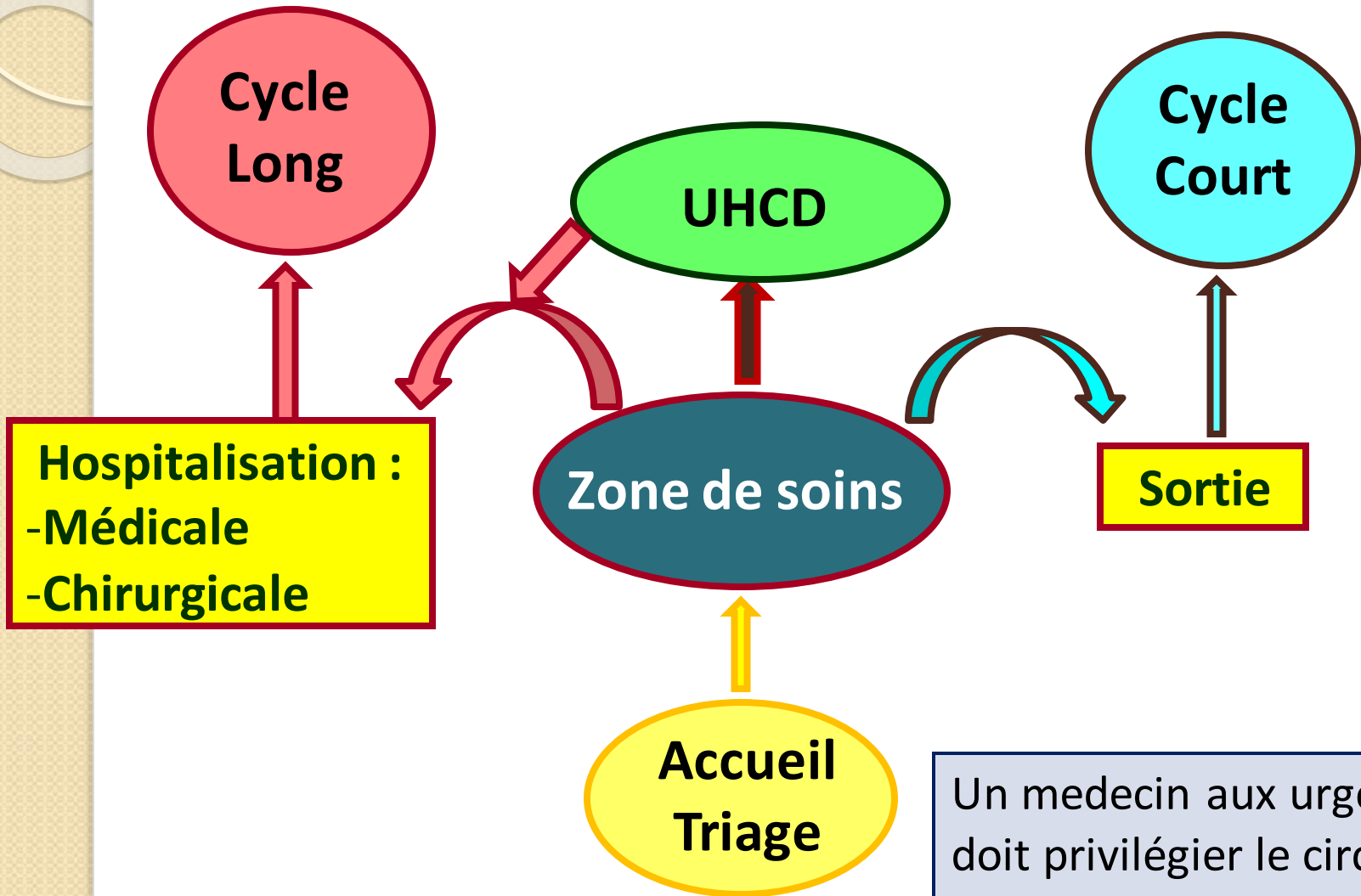
On distingue 02 types de circuit patient: Court et Long

1- **Circuit court** : se définit par un passage du patient aux zones de soins, et peut bénéficier de peu d'examens radiologiques et/ou biologiques, sans être hospitalisé ni mis en observation, le patient quitte les urgences

2- **Circuit long**: se définit par un passage du patient au zone de soins ou/et au zone d'observation, peut bénéficier des examens radiologiques et/ou biologiques, et peut être hospitalisé dans un service médical ou chirurgical



3- Circuits des Urgences



Un medecin aux urgences
doit privilégier le circuit
court



4- POSU

Des pôles d'urgences spécialisés (POSU):

Des urgences spécialisés, peuvent être à l'extérieur des UMC mais qui travaillent étroitement avec ce dernier, à titres d'exemples :



**Obstétrique
Pédiatrie
ORL
Ophtalmologie
Psychiatrie.....**



Structure de SAU : Les 5 Zones

1- Zone d'Accueil et de triage : constituer d'un Secrétariat et d'une Salle d'attente

2- Zone de soins et d'examens :

- * Une salle au urgence vitale (SAUV) = Déchocage
- * Des Locaux de Consultations ou boxes
- * Salle de /suture/plâtre

3- Zone d'observation:

- *unité d'hospitalisation de courte durée (**UHCD**)
- *unité de soins continue



Structures de SAU : 5 Zones

4- Zone technique :

- * Radiologie : conventionnel, scanner et échographie
- * Biologie: biochimie, bactériologie et banque de sang
- * Bloc opératoire et Pharmacie

5- Zone de service et personnel : bureaux médecins, de gardes, vestiaire, détente personnels, réserves et stocks



Zone d'Accueil et de triage

- Se situe dans la zone d'**admission**
- Elle doit permettre le passage d'un brancard.
- Elle **garantit la confidentialité/respect** de la personne accueillie
- C'est un **Passage obligatoire** pour tout patient
- **Il est composé de:**
 - une partie administrative (état civile du patient)
 - et une partie médicale (pour évaluer le degré de l'urgence)



Zone d'Accueil et de triage



**Accueil
Administratif**



Triage et Orientation



Accueil et Triage: personnels

Triage et Orientation

Infirmières (IOA):



Médecin superviseur

Accueil Administratif

Personnel administratif
consultation ou urgences

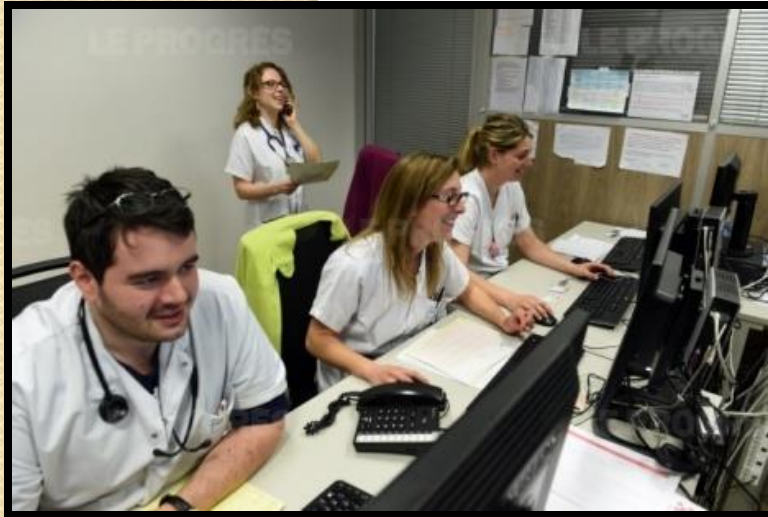


Personnel sécurité



Accueil - Triage

Secrétariat



Zone d'Accueil et de triage

Salle d'attente

- Elle doit être confortable avec téléviseur ou radio
- On doit avoir peu ou pas de passage des soignants
- Permet l'Information du patient et de sa famille



Zone de soins et d'examen

Une salle au urgence vitale = SAUV=Déchocage

Définition: est un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle

Situation et structure:

- Elle doit être Prés de l'entrée: réduire le temps de transport des urgences vitales
- Fonctionnelle 24/24H
- Surface entre 15 et 25 m²
- Doit contenir un Matériels de Réanimation lourd



Zone d'observation

Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

- Définition:

C'est une unité d' Hospitalisation non conventionnée, qui fonctionne 24/24h et permet l'observation des patient pour une durée courte

- Missions

- Le patient ne doit pas dépasser les 24 – 48 heures
- le patient peut être hospitalisé dans un autre service médical ou chirurgical
- ou peut être sortant avec une lettre d'orientation pour un suivi



UHCD



Recherche de solution ?

- Déterminer quel patient devait être pris en charge rapidement et lequel pouvait attendre c'était le défi à faire partout dans le monde avant les années 90

La solution au début c'était le tour des patients avec des tickets



Recherche de Solutions



1- Ticket : tour



Recherche de Solutions



-La solution du tour a été abandonnée par plusieurs pays car elle ne donne pas une priorité des urgences vitales: à titre d'exemple un patient avec une angine peut avoir le ticket n° 5 et la douleur thoracique urgente n° 21.



Recherche de solutions



2- Triage et accueil

Les canadiens : en 1990 se sont référés au
Triage des guerres Napoléonienne



Triage médical

Barron Dominique Jean Laerry 1766-1842



Triage médical

Pendant les **guerres de Napoléon Bonaparte** , un chirurgien au nom de **Barron Dominique Jean Laerry**, faisait le Triage sur le champs de bataille, il demandé à ses aides d'évacuer les blessés les plus graves puis les moins graves

C'est par ce **triage** qu'il arrivait à sauver le plus grand nombre de soldats



Triage médical

Ce Concept de **triage** a été appliqué par les canadiens, et les résultats étaient favorables pour des solutions définitives au niveau des urgences

Le triage a été développé et étudié pour devenir ce qu'il est aujourd'hui




Le triage médical

«Le Triage » est un **Processus dynamique** qui consiste à l'**évaluation sommaire** et rapide du degré d'urgence ou des besoins de santé des patients qui se présentent aux urgences

- **Définition:** *Donner au patient qu'il faut, à la place qu'il faut dans le temps qu'il faut, les soins qu'ils faut*
- Il représente le premier soins pour le patient
- Il conditionne le fonctionnement en Aval des urgences



- 
- Le triage est un acte médical permettant le classement des malades en différentes catégories selon la gravité et les priorités de traitement. Il se fait à l'aide d'un outil préétabli en fonction de critères de gravité définis. Il s'effectue à l'entrée des urgences (généralement par un(e) infirmier(ère)).

Triage et Orientation

- C'est une **évaluation Visuelle** ou **QUICK LOOK** (par la Vue, l'Ouïe et l'Odorat)
- L'accueil est personnalisé pour chaque patient et se accompagnants
- **Le but du triage** : n'est pas de faire un diagnostic médical, ni de traiter le patient, mais de **porter un jugement clinique sur la symptomatologie d'appel** et le degré de priorité de soins
- Il doit être < à 5 mn
- S'applique à l'adulte et l'enfant



Triage médical

- Permet une **analyse rapide** du motif de recours aux urgences
- Il Facilite la **gestion du**



e

Nous allons voir un exemple dans un **Hôpital africain au Malawi** depuis l'instauration du triage en 2001, la mortalité a nettement diminué



Lessons from the Field

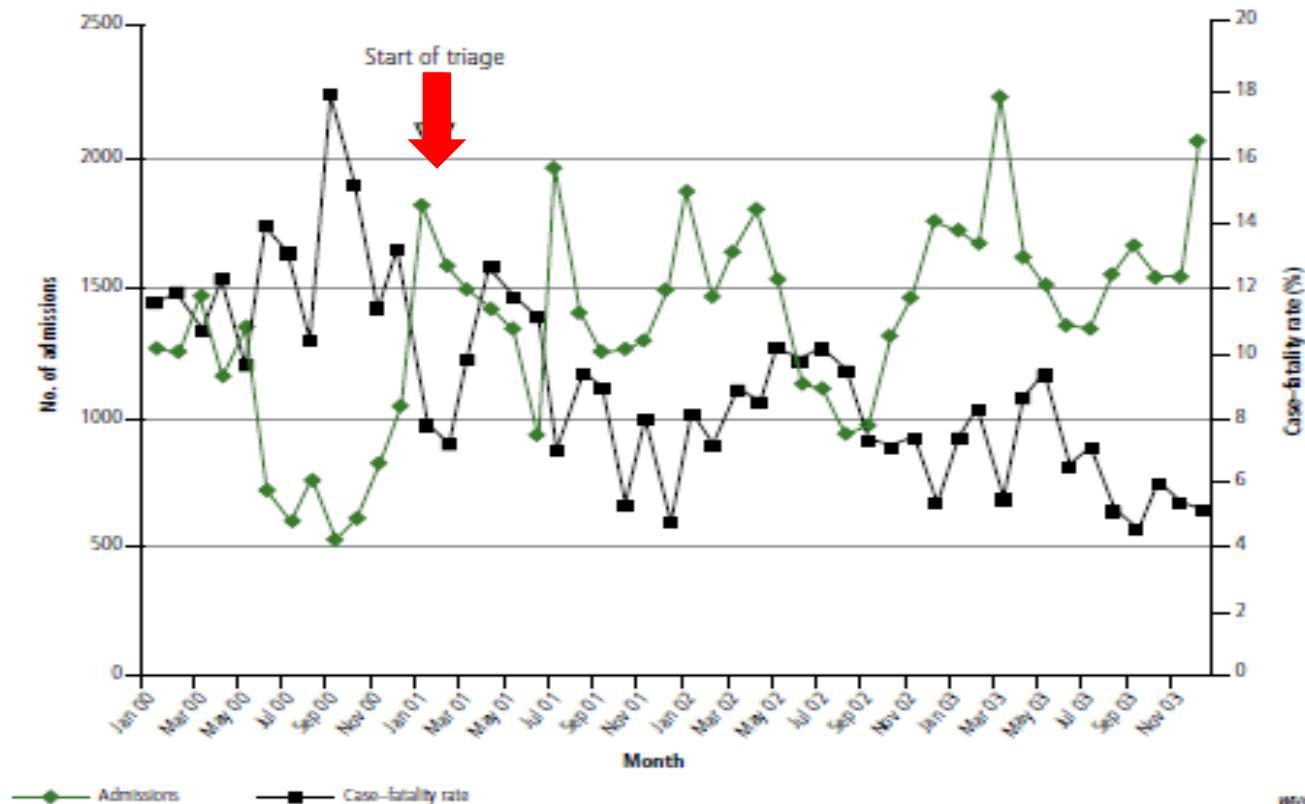
Improved triage and emergency care for children reduces inpatient mortality in a resource-constrained setting

Elizabeth Molyneux,^a Shafique Ahmad,^b & Ann Robertson^c

Elizabeth Molyneux et al.

Lessons from the Field
Improving emergency care for children

Fig. 2. Monthly admissions and case-fatality rates for children aged less than 5 years, Queen Elizabeth Hospital, Blantyre, Malawi, 2000–03. Triage introduced in 2001



Triage médical

- Le personnel de l'accueil et d'orientation est en relation avec plusieurs intervenant aux urgences



Echelle de triage

Pour faire le triage, **Un outil** ou une **Echelle de triage** en 5 niveaux a été développée par les canadiens

Echelle de triage canadienne :ETC ou CTS est la première échelle qui a été appliquée partout dans le monde pour déterminer les niveaux d'urgence des patients

C'est une aide précieuse à la prise de décision et à l'orientation



Echelle de triage

Cette **Echelle de triage** en 5 niveaux, avec chaque niveau une couleur, ces couleurs sont internationales et conventionnelles

Le premier niveau : rouge, c'est **l'urgence immédiate**

Le deuxième niveau orange, le patient **très urgent**

Le troisième niveau jaune, c'est le patient **urgent**

Le quatrième niveau vert, patient **moins urgent**

Le cinquième niveau bleu, patient **non urgent** ou appelé encore consultation d'urgence



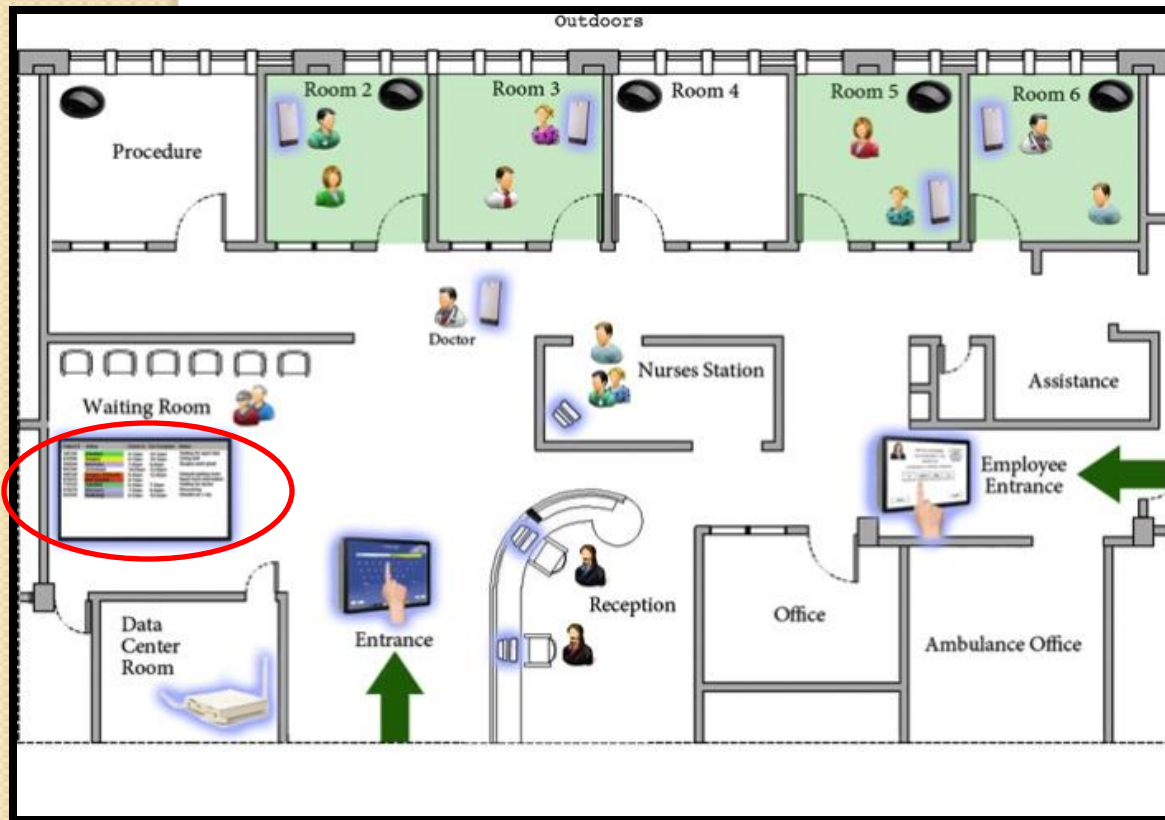
Echelle de triage : ETC

Niveau	Couleur	Degrés d' Urgence	Temps	Lieu de soins
U1	Rouge	Réanimation	Immédiat < 5mn	SAUV (Déchoquage)
U2	Orange	Très urgent	15 mn	SAUV (Déchoquage)
U3	Jaune	Urgent	30 mn	UHCD
U4	Vert	Moins urgent	60 mn	Consultation/UHCD
U5	Bleu	Non urgent	< à 04 h	Consultation



Echelle de triage

Doit être affiché au public avec une Signalisation des zones de soins



A photograph of a triage classification chart titled 'CLASIFICACION TRIAGE'. The chart is a table with four columns: 'NIVEL DE URGENCIA', 'TIPO DE URGENCIA', 'COLOR', and 'TIEMPO DE ESPERA'. The rows represent different levels of urgency, from 1 (Red) to 5 (Blue).

NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS



Echelle de triage

Cette échelle a été appliquée dans plusieurs pays du monde à partir de l'année 1992

Et en l'an 2000, beaucoup de pays ont personnalisés leur échelle de triage à titre d'exemples:

MTS: Manchester triage scale (UK)

CIMU: Classification d'infirmière de malade urgent (France)

SATS: South africa triage scale (Afrique du sud)

ESI: Emergency scale index (USA)

ATS: Australian triage scale (Australie)

EG: Echelle genévoise (Suisse)

Et la classification de l'OMS du niveau de médecine d'urgence dans les pays se fait en fonction de cette échelle





- Modèles de triage :

-Australie:

- En 1993, le NTS « National Triage Scale » a été la première échelle de tri utilisée. Lui a succédé l'ATS «*Australasian Triage Scale*»
- il aide l'infirmière à répondre à la question « Quel est pour le patient le délai maximal d'attente avant sa prise en charge médicale »

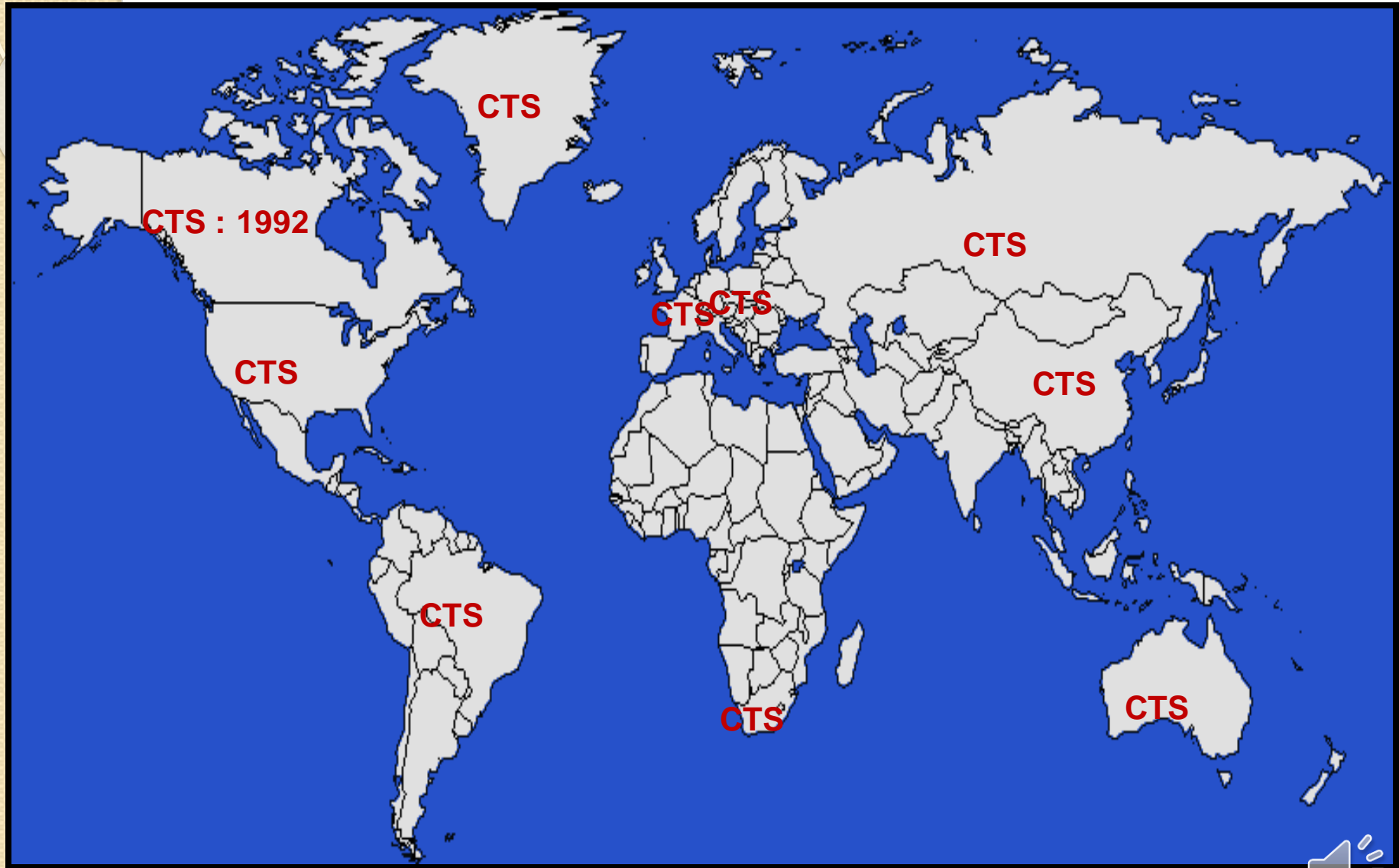
I Les niveaux de triage de l'ATS et performance attendue de chaque niveau

Catégories du Triage	Acuité*	Performance**
ATS 1	Immédiate	100%
ATS 2	10 minutes	80%
ATS 3	30 minutes	75%
ATS 4	60 minutes	70%
ATS 5	120 minutes	70%

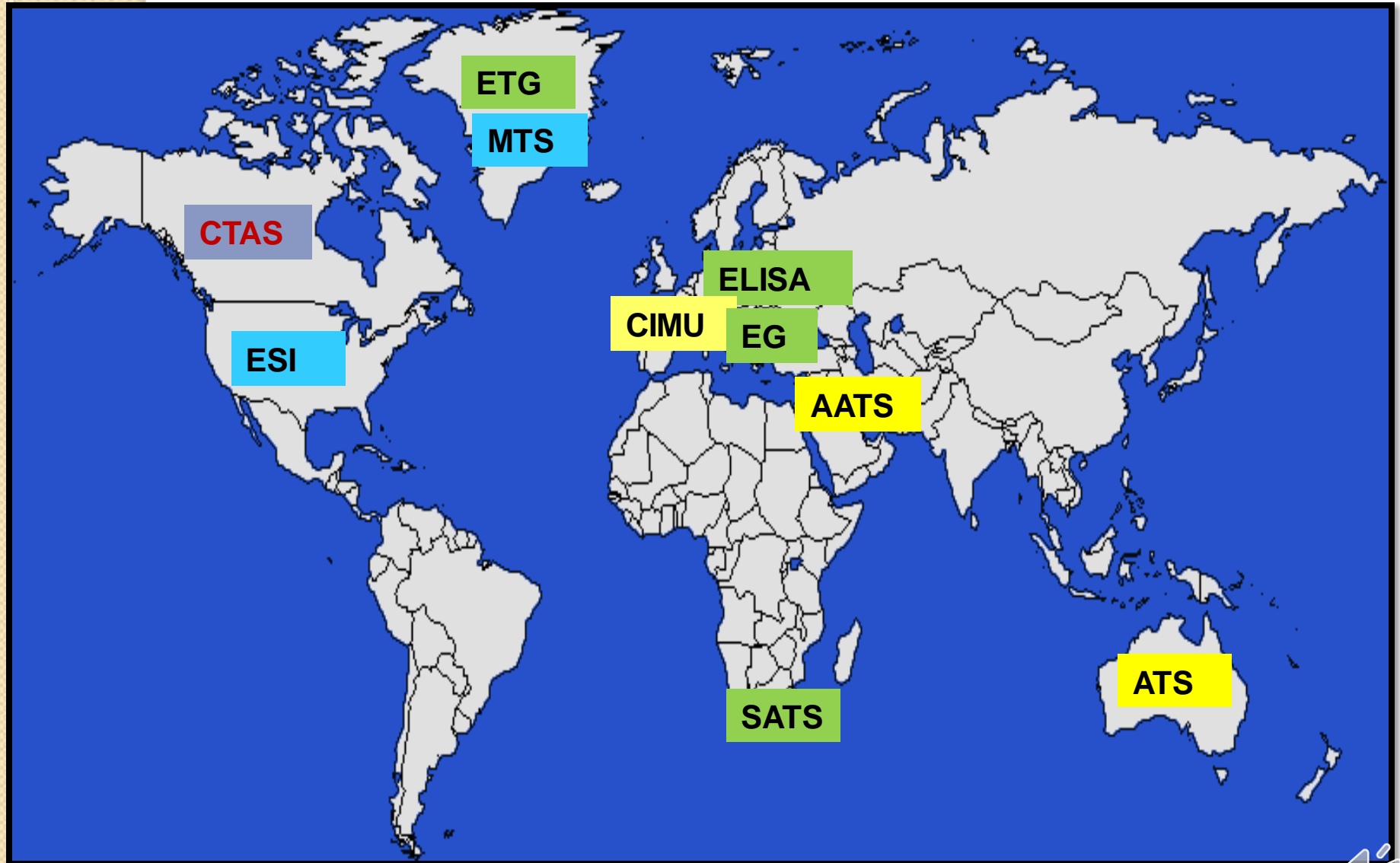
Echelle de triage et de gravité canadienne (Canadian Triage and Acuity Scale ou CTAS)

Niveaux	Délai avant la prise en charge médicale	Pourcentage de la réponse attendue	Taux prévisible d'admissions
Priorité I: réanimation	Immédiat	98 %	70 % - 90 %
Priorité II : très urgent	15 minutes	95 %	40 % - 70 %
Priorité III : urgent	30 minutes	90 %	20 % - 40 %
Priorité IV: moins urgent	60 minutes	85 %	10 % - 20 %
Priorité V : non urgent	120 minutes	80 %	0 % - 10 %

Echelle de Triage



Echelles de Triage personnalisées des différents pays

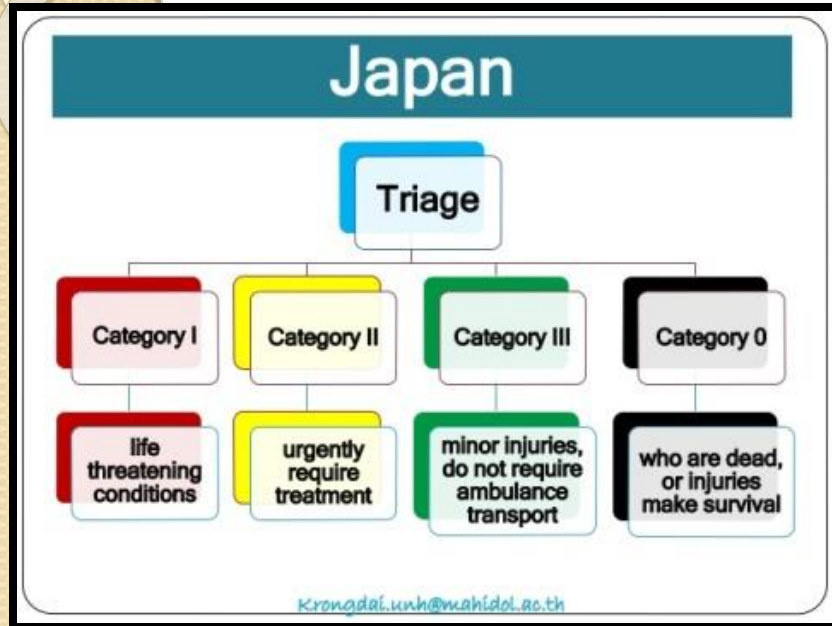


Vert : Organisation Mature, **Violet**: organisation Développée,
Blanc: Organisation sous développée (*EMC Urgence 2015*)



Echelles de triage personnalisées des différents pays

Japan:



International Emergency Nursing 22 (2014) 153–158



Contents lists available at ScienceDirect

International Emergency Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aaen



Impacts of the introduction of a triage system in Japan: A time series study



Junko Hamamoto RN, MA^{a,b,*}, Hiroaki Yamase RN, PhD^b, Yoshie Yamase RN, PhD^a

^a The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing, Fukuoka, Japan

^b Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Yamaguchi, Japan

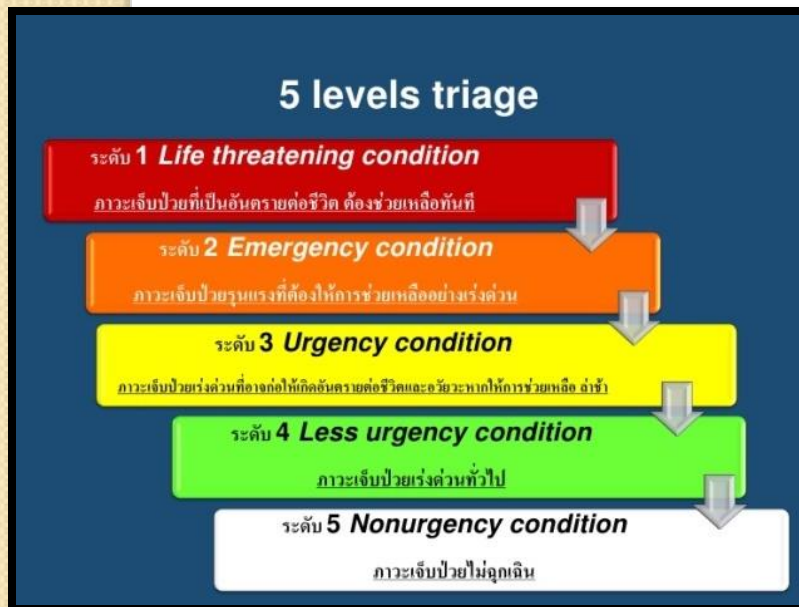


Echelles de Triage personnalisées des différents pays

Ziffer	Name	Farbe	Max. Zeit	Kontrolleinschätzung spätestens nach
Eintreffen bis Ersteinschätzung			5 Minuten	
1	Sofort	Rot	0 Minuten	
2	Sehr dringend	Orange	10 Minuten	10 Minuten
3	Dringend	Gelb	30 Minuten	30 Minuten
4	Normal	Grün	90 Minuten	90 Minuten
5	Nicht dringend	Blau	120 Minuten	120 Minuten

Allemagne

Grèce



Angleterre

UK national triage scale		
1	Immediate resuscitation	Patient in need of immediate treatment for preservation of life
2	Very urgent	Seriously ill or injured patients whose lives are not in immediate danger
3	Urgent	Patients with serious problems, but apparently stable condition
4	Standard	Standard cases without immediate danger or distress
5	Non-urgent	Patients whose conditions are not true accidents or emergencies



Echelles de Triage personnalisées des différents pays

Espagne

CLASIFICACION TRIAGE			
NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Argentine

NO TODAS LAS DOLENCIAS... SON URGENCIAS

Señor usuario, por favor tenga en cuenta las siguientes recomendaciones antes de hacer uso del servicio de urgencias.

ESTA CLASIFICACIÓN ES REALIZADA POR EL PERSONAL DE SALUD

TRIAGE I EMERGENCIA	TRIAGE II URGENCIA	TRIAGE III CONSULTA Y ATENCION	TRIAGE IV CONSULTA GENERAL, CONSULTA EXTERNA	TRIAGE V NO URGENCIA
<p>Situación que atenta la vida del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asma severa Raia respiratoria Infarto agudo de miocardio (IAM) Accidente cerebrovascular (ACV) Lesiones traumáticas Trastornos mentales graves Trastornos de conducta Trastornos de la alimentación Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social 	<p>Situación que requiere de atención urgente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asma moderada Raia moderada Infarto agudo de miocardio (IAM) Accidente cerebrovascular (ACV) Lesiones traumáticas Trastornos mentales graves Trastornos de conducta Trastornos de la alimentación Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social 	<p>Situación que requiere de atención y consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asma leve Raia leve Infarto agudo de miocardio (IAM) Accidente cerebrovascular (ACV) Lesiones traumáticas Trastornos mentales graves Trastornos de conducta Trastornos de la alimentación Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social 	<p>Situación que requiere de atención y consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asma leve Raia leve Infarto agudo de miocardio (IAM) Accidente cerebrovascular (ACV) Lesiones traumáticas Trastornos mentales graves Trastornos de conducta Trastornos de la alimentación Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social 	<p>Situación que requiere de atención y consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asma leve Raia leve Infarto agudo de miocardio (IAM) Accidente cerebrovascular (ACV) Lesiones traumáticas Trastornos mentales graves Trastornos de conducta Trastornos de la alimentación Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social Trastornos de la conducta sexual Trastornos de la conducta social

TIEMPOS PROMEDIO DE ATENCIÓN POSTERIOR A LA CLASIFICACIÓN

IMEDIATO	PRIMEROS 15 MINUTOS	30 - 120 MINUTOS	120 - 240 MINUTOS Y/O CITA POR CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA
----------	---------------------	------------------	---	------------------

Ergebnis der Konsensuskonferenz des BMI (2002)			
Kategorie	Beschreibung	Behandlungspriorität	Transportpriorität
1	Akute, vitale Bedrohung	Erste Behandlungspriorität: Lebensrettende Sofortmaßnahmen	Zunächst nicht transportfähig, nach Stabilisierung jedoch Transportpriorität I
2	Schwer verletzt / erkrankt	Zweite Behandlungspriorität: Versorgung aus vitaler Indikation oder zur Vermeidung bleibender Schäden innerhalb 6-8h	Transportpriorität I nach ärztlichen Sofortmaßnahmen
3	Leicht verletzt / erkrankt	Aufgeschobene Behandlungspriorität: Operative Versorgung innerhalb 6-24h nach Schadensereignis	Transportpriorität II nach ärztlichen Sofortmaßnahmen
4	Ohne Überlebenschance	Betreuende (abwartende) Behandlung	
	Tote	Kennzeichnung	

Pays bas



Echelles de Triage personnalisées des différents pays

مؤشر لفرز الإستعجلات

Arabie
Saoudite



Elkum et al. BMC Emergency Medicine 2011, 11:3
<http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/3>

BMC
Emergency Medicine

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation in a tertiary care center in Saudi Arabia

Naser B Elkum^{2,3*}, CarolAnne Barrett¹, Hisham Al-Omran¹



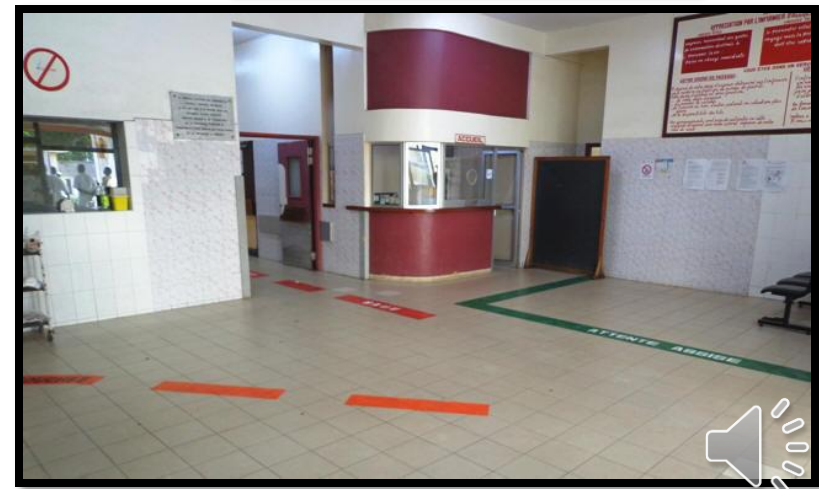
sada-tabuk.com

Echelles de Triage personnalisées des différents pays

Syrie



Sénégal



Echelles de Triage personnalisées des différents pays

Malysie



MALAYSIAN TRIAGE SYSTEM

Category	Color code	Condition	Emergency action	Priority
1	RED	Life @ limb threatening; death if no intervention. Injuries affecting ABC	IMMEDIATE	TOP
2	YELLOW	Serious but stable injuries; not immediately life threatening. May deteriorate without Rx	URGENT	SECOND
3	GREEN	Non serious, minor stable injuries. Deferrable	NON URGENT	THIRD
4	BLACK / WHITE	Dead, decapitated, mutilated, severed, apnea, pulse less, incinerated; unsalvageable	DELAYED	LOWEST



Fiche de Triage

- Permet une analyse de Motif de recours.
- Les Antécédents du patient , et son traitement
- Le Début des symptômes et leurs Durée
- Intensité des symptômes d'urgences
- Questions initiales ouvertes : permettant une évaluation objective
- Questions fermées pour valider : l'information initialement obtenue destinée aux personnels de santé
- Cette fiche peut être manuscrite ou informatisée



Organisation structurelle

Dans un service d'urgences il ya normalement deux portes:


- Une porte pour les patients piétons
- Une deuxième pour l'entrée des ambulances


L'entrée et la sortie des patients doit être distincts pour éviter l'encombrement des lieux



Personnel effectuant le triage au S.A.U. en France :

- Le triage devant être effectué par des infirmiers qualifiés, une formation spécifique est devenue obligatoire, et la personne chargée du tri devient infirmier(ère) organisateur (trice) de l'accueil (IOA). Le profil IAO a donc été changé en IOA (Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil) en Avril 2004 [


- 
- L'IOA a pour mission de:
 - Accueillir les patients et leur famille.
 - Effectuer une évaluation visuelle rapide.
 - Documenter l'évaluation.
 - Assigner un niveau de triage au patient en utilisant un guide approprié.
 - Décider du lieu de soins adapté après recueil et synthèse des informations obtenues.
 - Accompagner le patient jusqu'aux aires de traitement quand c'est nécessaire.

- 
- Remettre un rapport écrit à l'infirmière de l'aire de traitement ou au médecin d'urgence en documentant le nom du patient.
 - Informer les patients des délais d'évaluation.
 - Informer et rassurer leur famille,
 - Réévaluer les patients en attente si nécessaire, en leur demandant de signaler tout changement éventuel de leur condition.
 - Ces actions sont menées en lien constant avec le médecin référent afin de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux de patients (entrées et sorties)

Modalités du triage en France:

- Le but du triage n'est pas de faire un diagnostic médical mais de porter un jugement clinique sur le degré de priorité des soins. Il s'agit d'identifier rapidement les patients en détresse vitale qui doivent être vus en premier et ceux pouvant attendre, de déterminer le secteur de soins approprié (déchocage ou box de consultation), et de diminuer l'encombrement des services d'urgence

Les échelles de triage comprennent actuellement cinq niveaux de gravité, elles sont fondées principalement sur le motif de consultation du patient et non sur le diagnostic

- 
- Le triage est effectué par l'infirmier(ère) de l'accueil en se basant sur]:
 - Le motif de consultation (symptômes).
 - Les signes vitaux (la tension artérielle, la température, l'état de conscience et le degré de détresse respiratoire).
 - La sévérité de la douleur en distinguant la douleur centrale de la douleur périphérique et la douleur aiguë de la douleur chronique. La douleur doit être évaluée par les échelles visuelles.
 - Le mécanisme et les circonstances du traumatisme.
 - D'autres paramètres peuvent être ajoutés: le taux de glycémie capillaire chez le diabétique, les présentations obstétricales chez la femme enceinte, l'évaluation de l'asthme par le Peak Flow, l'analyse d'urine par bâtonnet, et l'ECG

Conclusion

- Un medecin Généraliste doit connaitre l'organisation fonctionnelle et structurelle des urgences
- Cette organisation lui permet de focalisé son énergie aux vraies urgences
- Le triage médical est le processus régulateur en amont et en aval des urgences
- Des déterminants ou indicateurs au niveau de la médecine d'urgence sont importants à maitriser pour bien travailler aux urgences



Bibliographie

- 1- Bkum.N.B et al. canadian emergency departement triage and acuity scale: implementation in atertiary care center in Saudi Arabia. BMC Emergency Medecine 11:3, 2011 le triage en structures des urgences, recommandations formalisées d'experts ,SFMU 2013
- 2- Belaid.A et col. Réorganisation d'un service d'urgences et aide au pilotage des flux de patients: apport de la modélisation d'entreprise et de la similation de flux. Logistique & Management. 1(15); 2007
- 3- H.L. Ben Gobrane et col. Motifs du recours aux services d'urgence des principaux hôpitaux du Grand Tunis. EMHJ . Vol. 18 No.1; 2012
- 4- Huaulme.O. Gestions des lits, chapitre 92, urgences 2014
- 5- Junko Hamamoto. RN.Impacts of the introduction of a triage system in japan, a time series study. International emergency nursing, 22: 153-158; 2014
- 6-Michele Twomey BSc & al. The South African Triage Scale (adult version) provides reliable acuity ratings. International Emergency Nursing. 20, 142–150:2012



Bibliographie

- 7- Réduire les temps de passage aux Urgences . Recueil de bonnes pratiques organisationnelles.2009
- 8- Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), société françaises de médecine d'urgence.13: 154-158; 2004
- 9- Recommandations de la société francophone de médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisations de courte durée des services d'urgence. JEUR14: 142-152; 2001
- 10- Référentiel national des services d'urgences.ministère de la santé et de la population et la réforme hospitalière, 2018
- 11- Saidi.K et col. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. Ann fr Med Urgence. 5: 283-289; 2015
- 12- Torunn Kitty Vatnøy & al. Triage assessment of registered nurses in the emergency department. International Emergency Nursing .21, 89– 96: 2013

