



Triage des patients aux urgences par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil

E. GHEWY, J. PERRIN



Voir la vidéo

Points essentiels

- *Projet multidimensionnel de restructuration de la zone d'accueil d'un service d'urgence.* Ce projet mené sur 2 ans répondait à un besoin de mise en conformité du service et d'amélioration des conditions d'accueil et d'attente des consultants.
- *Réflexion sur la formation des IOA.* La formation est une évidence pour assurer la professionnalisation de la fonction. Elle doit répondre aux exigences du critère 25a de la V2010 (Haute Autorité de Santé) et des recommandations de la SFMU.
- *Réflexion sur l'adaptation de la grille de tri.* En partant de la Classification infirmière de médecine d'urgences (CIMU) v2, il nous paraissait opportun de lier les parcours des patients avec les filières mises en place.
- *Réflexion sur l'architecture.* De l'ancien espace non structuré, le projet a permis la création de zones spécifiques et adaptées à l'évaluation et l'attente sécurisée des patients.
- *Réflexion sur la création d'un binôme IOA – AS.* En plaçant sur la zone d'accueil tous les patients en attente de prise en charge, il devenait nécessaire de renforcer l'équipe à ce poste.
- *Vision d'une professionnelle.* Tout projet conduit à modifier le positionnement professionnel.

Réflexion globale sur une réorganisation structurelle : L'Infirmier Organisateur de l'Accueil – Le tri – L'architecture

E. Ghewy, CHU Nancy, SAU, 29, avenue de Lattre de Tassigny, 54000 Nancy. Tél. : 06 81 63 40 68. E-mail : g.ghewy@chu-nancy.fr

J. Perrin, CHU Nancy, SAU, 29, avenue de Lattre de Tassigny, 54000 Nancy

1. Introduction

En 2009, nous entreprenions une réflexion globale sur l'organisation de notre service. Cette démarche fut réalisée avec l'appui de la Direction Générale pour la Modernisation de l'État (DGME) sur une période de 6 mois. Des groupes de travail furent constitués pour analyser les différentes séquences de la prise en charge des patients. En s'appuyant sur les principes de la démarche qualité, ces groupes proposèrent des avancées organisationnelles pertinentes.

Un des axes principaux se concentre sur l'accueil dans ses différents aspects. L'objectif est l'amélioration de nos pratiques professionnelles mais aussi de penser une architecture au plus proche de l'organisation. Notre réflexion portera sur le parcours des patients, la place des familles, le positionnement de l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA), sa formation, l'échelle de tri, un binôme avec un aide-soignant et l'architecture de toute la zone d'accueil.

En appréhendant toutes ces dimensions, nous voulions améliorer la qualité et le service rendu aux personnes se présentant au service, professionnaliser la fonction IOA en renforçant ses compétences, créer un environnement propice à la prise en charge initiale et à la sécurité des patients, redéfinir une organisation basée sur un principe de marche en avant. Nous avons mené les différents axes d'amélioration conjointement afin de conserver une parfaite cohérence dans la démarche.

2. Discussion

Si le positionnement et les compétences de l'IOA sont essentiels dans la gestion sécurisée des patients entrant dans un service d'urgence, les conditions d'accueil, d'évaluation, de surveillance sont induites par l'architecture. Cette zone d'accueil est alors à considérer comme une porte d'entrée et un lieu de soins. L'accueil infirmier, le tri et la surveillance sont des actes de soins.

Le constat de départ était le suivant : la zone d'accueil était un grand hall avec deux accès indifférenciés, 1 petite salle d'attente et une banque en arc de cercle où travaillaient l'IOA et l'agent administratif. Aucune séparation physique ou virtuelle ne permettait de canaliser les personnes vers un point d'accueil identifiable.

Cette architecture ne matérialisait pas un parcours patient valide ou non valide différencié. Nous n'avions pas de zone définie pour les patients en attente de prise en charge au niveau de l'IOA, les personnes sur des brancards, donc souvent les plus critiques, attendaient dans les couloirs du service. Hors de vision de l'IOA, ces patients ne bénéficiaient pas d'une surveillance adaptée et donc d'une évaluation périodique de leur état de santé.

Il n'existant aucun espace de confidentialité propice à l'entretien d'accueil et à l'évaluation clinique de la personne. Les usagers exposaient leurs problèmes de

santé dans un lieu ouvert, à l'écoute d'autres personnes. En conséquence, les IOA n'exerçaient pas une véritable évaluation des signes cliniques sans exposer les personnes à la vue de tous.

La salle d'attente était sous-dimensionnée pour les accompagnants, peu accueillante. Les familles avaient tendance à occuper l'espace devant la banque d'accueil au détriment de l'activité du personnel et de la confidentialité.

Les IDE intégrant la fonction IOA ne bénéficiaient pas d'une formation structurée, seul le tutorat permettait une transmission d'un savoir individuel acquis par l'expérience.

La grille de tri intégrée au logiciel de soins n'était pas uniformément utilisée dans la démarche d'évaluation des IOA. L'utilisation ne prenait pas nécessairement en compte l'association des valeurs des constantes et des signes cliniques pour prioriser les patients. Il était alors impossible de formaliser des choix institutionnels et le personnel en poste à l'accueil ne pouvait pas étayer ses priorités.

Les objectifs d'amélioration vont se définir ainsi :

- professionnaliser la fonction IOA par une formation d'adaptation à l'emploi ;
- faire de la grille de tri un outil commun et adapté à notre organisation ;
- adapter la grille de tri aux filières ;
- adapter l'architecture à une organisation centrée sur le parcours de patient ;
- créer deux espaces d'évaluation clinique assurant la confidentialité de l'examen ;
- créer des zones de surveillance pour les patients en brancard ou autonome ;
- créer un espace d'attente convivial pour les familles ;
- renforcer l'équipe d'accueil pour assurer une surveillance constante.

2.1. Professionnalisation de la fonction IOA

Le personnel accède à ce poste après au moins 24 mois de présence dans le service. C'est le dernier palier de progression après les filières d'urgence, l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) et le SMUR. Une première phase de formation se fait en interne à partir de 2010 en s'appuyant sur notre expérience et sur le référentiel de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Cette formation avait pour principal objectif d'harmoniser nos pratiques et d'introduire de façon plus formelle un outil de tri objectif. Le contenu abordait le contexte de la médecine d'urgence, les aspects réglementaires de la fonction, les missions relevées dans le référentiel de 2004. Mais à ce stade elle ne peut être « validate ». Au décours des sessions organisées, nous voyons rapidement les limites du procédé. Le regard et les questionnements d'une personne extérieure à l'organisation amène une réflexion pertinente au sein du groupe, les critiques constructives permettant de progresser.

Le critère 25a de la V2010 (manuel de certification de la Haute Autorité de Santé) sur la prise en charge des urgences et des soins non programmés exige que les professionnels soient formés à l'accueil et à l'orientation des patients. Ce critère sera un levier pour introduire via un prestataire extérieur une formation d'adaptation de 3 jours. Prévu au plan de formation de l'établissement depuis 2011. Le personnel inscrit se réparti entre novices à ce poste et plus anciens. Cette mixité permet un partage d'expérience plus riche, l'acquisition de nouvelles compétences, une remise à niveau pour certains et l'acquisition d'un langage et d'une méthodologie commune à tous.

Cette formation est centrée sur le processus de tri, une quatrième journée est maintenant ajoutée pour aborder d'autres spécificités. Ce supplément est réalisé par le personnel en interne et vise principalement l'utilisation du logiciel de soins, la grille de tri adaptée au service, les filières spécifiques de notre organisation, la fiche de poste IOA. Une journée en doublure est organisée avant d'occuper la fonction. Ce parcours de formation permet l'acquisition des savoirs utiles au développement des compétences spécifiques, mais il a également un objectif sécuritaire. La mission de l'IOA par sa complexité est souvent redoutée, il est important de pouvoir s'appuyer sur des outils fiables pour légitimer les choix.

2.2. La grille de tri

Le dossier de soins informatisé du service intègre un outil de tri basé sur la Classification Infirmière de Médecine d'Urgences (CIMU) v2. Depuis plusieurs années, l'ordre de passage des patients repose uniquement sur des critères de gravité sans tenir compte d'un caractère médical ou chirurgical du motif de recours. Nous n'avions plus de filière chirurgicale ou médicale mais seize salles de consultation généralistes, trois salles de suture et une salle de plâtre. L'organisation du service permet d'avoir 3 filières de prise en charge :

- 1 filière longue ;
- 1 filière courte ;
- 1 filière d'urgence vitale.

Pour chacune de ces filières, l'organisation médicale et paramédicale diffère pour s'adapter à la complexité des prises en charge. En nous appuyant sur la CIMU, nous voulions rendre cohérents les niveaux de tri et les filières de prise en charge, préciser certains seuils de gravité, définir le déterminant prioritaire et intégrer certaines procédures opérationnelles standardisées. Le premier travail consista à rappeler l'importance d'une grille de tri validée médicalement et partagée par les différents professionnels. L'adaptation à notre pratique, à notre organisation.

Nous avons définit quelques principes guidant la réflexion :

- définir des seuils de gravité par niveau pour les données para cliniques ;
- avoir des actions de tri et non de soins par l'IOA ;
- autoriser des choix de filière indépendamment du niveau de tri si un gain de temps dans la prise en charge le permet ;

- interdire le tri secondaire, sauf par l'IOA elle-même en cas de réévaluation du patient ;
- respecter les choix de l'IOA, en cas de désaccord, une discussion à distance doit permettre une évaluation objective et donc une amélioration des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- la grille de tri n'est pas une institution, des améliorations sont possibles, nécessaires, souhaitables.

La validation médicale donne une légitimité aux choix des IOA, les désaccords nécessitent une argumentation professionnelle ([annexe 1](#)).

2.3. La zone d'accueil devient une zone de soins

Le référentiel édité par la SFMU en 2004 rappelle que « tous les malades se présentant au Service des Urgences sont accueillis dans une même zone d'accueil et d'orientation. L'entrée des malades arrivant à pied est séparée, jusqu'à l'IOA, de ceux arrivant en SMUR, ambulance ou accompagnés des pompiers. Cette zone permet à l'infirmière ou au médecin d'accueil, avant enregistrement administratif, d'examiner rapidement les malades et d'orienter simultanément plusieurs malades debout ou couchés, si possible par des circuits spécifiques, vers la zone de soin qui leur correspond ».

Penser une réorganisation architecturale s'adaptant à une organisation humaine n'est pas évidente. De plus, nos locaux existaient et nous n'avions aucune perspective de construire un service neuf. Pour aboutir à une zone d'accueil « idéale » dans les lieux existants nous avons procédé par étape et par des implantations mobiles.

La banque d'accueil se situant au centre du hall, 2 accès ont permis de séparer les flux des patients valides et non valides sans perturber la vision globale des IOA sur les personnes en attente. Un cloisonnement par des panneaux mobiles en bois divisait ces deux zones pour matérialiser un espace d'attente pour les patients en brancard. Un box de consultation est matérialisé par de simples rideaux pour accueillir à l'abri des regards les patients.

Ces différents espaces évolueront suivant les remarques et les retours d'expérience du personnel. Cette phase expérimentale aura un intérêt majeur dans notre réflexion et dans le partage d'information avec les architectes. L'équipe médicale et paramédicale est conséquente, si tous s'accordaient sur la nécessité de revoir l'architecture de cette zone, il restait difficile de travailler sur des plans, sur du virtuel. Cette phase « Légo » va valider nos choix et alimenter les débats internes où chacun devait apprendre à concéder ses exigences individuelles face aux décisions du groupe.

Notre réflexion s'est construite autour de « zones » utiles et dédiées à des fonctions ou à des espaces réservés :

- 1 zone d'accueil pour les patients valides ;
- 1 zone d'accueil pour les patients en brancard ;

- 1 box de tri pour les patients valides ;
- 1 box de tri pour les patients en brancard ;
- 1 salle d'attente pour les patients valides ;
- 1 salle d'attente pour les patients en brancard ;
- 1 salle d'attente pour les accompagnants ;
- 1 espace de travail pour l'agent administratif face au public ;
- 1 espace de travail pour le personnel paramédical à l'accueil.

Mais la création de zones spécifiques devait s'accompagner de règles :

- tous les patients doivent bénéficier d'un entretien d'accueil dans un des box de tri pour garantir la confidentialité, la pudeur mais surtout, pour avoir un temps relationnel privilégié avec l'IOA sans perturbation extérieure (téléphone, collègues, famille...) ;
- en définissant des zones d'attente avant prise en charge, nous instaurions une obligation de surveillance continue, cette action était nouvelle au regard de l'organisation antérieure ;
- afin de conserver une intimité sur la zone d'attente couchée, nous avons décidé de ne plus laisser les familles aller et venir au gré des envies de chacun, c'est le personnel d'accueil qui autorise suivant les besoins la présence des familles, en nombre très limité.

Ces nouvelles règles, et en particulier la surveillance continue, augmentaient sensiblement la charge de travail des IOA. La présence d'un aide-soignant en binôme fut une solution retenue en redéployant du personnel en interne.

2.4. Redéploiement du personnel

La création d'une zone d'attente à proximité de l'accueil permettait de sécuriser le parcours patient. L'IOA étant le seul professionnel à connaître le motif d'admission des personnes en attente de prise en charge, donc, à connaître les éléments importants de surveillance. La charge en soins étant importante, un redéploiement du personnel a permis d'affecter un aide-soignant en collaboration de l'IOA. L'analyse de la situation clinique et le tri ne sont pas dans ses missions, mais il participe activement à la surveillance, à la transmission des informations, à l'installation des patients et assure certains soins de confort. L'attente dans les services d'urgence étant une situation fréquente, nous voulions lui donner une dimension de soins.

3. Vision d'une professionnelle

Je m'appelle Estelle Ghewy, je suis infirmière diplômée d'état (IDE) au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Nancy depuis mars 2006. J'ai assisté à l'évolution de l'accueil des patients dans mon service depuis 2009.

Suite au groupe de travail sur l'accueil dont je faisais partie, il a été décidé que tous les patients arrivant aux urgences devaient attendre dans le hall d'accueil après avoir été vus par l'infirmière d'accueil et d'orientation jusqu'à ce qu'un box d'installation se libère afin de rester sous sa surveillance. Avant cette nouvelle règle, dès que le patient avait été vu par l'IOA, il était mis en attente dans les différentes filières des urgences (filières médecine et chirurgie).

C'était un lundi, peut-être était-ce un jour mal choisi, mais y a-t-il un jour plus propice au service d'accueil des urgences pour effectuer un changement. Et pourtant malgré la forte activité, il a fallu faire accepter le changement aux ambulanciers, aux pompiers et à nos patients habitués en leur interdisant l'accès au cœur du service.

En plus du changement des modalités d'attente dans le hall d'accueil, il eut aussi une restructuration du Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU). Auparavant, il y avait une aile médecine et une aile chirurgie pour devenir une aile de prise en charge avec 7 box d'installation et une aile d'évacuation pouvant accueillir 14 patients couchés et une petite dizaine de patients valides.

L'ensemble de ces changements, a rendu difficile les rapports avec les pompiers, les ambulanciers... qui ont découvert toutes ces modifications ce fameux lundi.

Ce fût une journée éreintante car il fallait répéter continuellement la même chose et faire face aux remarques des uns et des autres tout en prenant en charge les patients. Car le changement même si il est utile, est difficile à faire admettre, et l'être humain est un peu réfractaire au changement. Il fallut aussi aider l'aide-soignant (AS) à trouver sa place à mes côtés, car c'était la première fois qu'une AS se trouvait à l'accueil.

Pour cette expérimentation, nous avons utilisé le système « D ». En effet le box d'évaluation n'était délimité que par un simple rideau derrière notre comptoir d'accueil. Ceci ne permettant pas une très bonne confidentialité mais toujours mieux que ce que nous avions précédemment, c'est-à-dire au bout du comptoir sans rideau. Après une longue période d'expérimentation dans cette configuration, le bilan s'est avéré positif, afin d'améliorer l'accueil et nos conditions de travail les travaux ont débutés.

3.1. Points de tension à améliorer

Après cette longue période de travaux, il nous est apparu un élément que nous n'avions pas envisagé. En effet, nous nous sommes rendu compte que la configuration de l'accueil permet à l'IOA d'avoir une vision directe sur les entrées couchées. L'agent administratif a une vision sur les patients arrivant par leurs propres moyens. Ceci peut les mettre en difficulté face à une urgence mal orientée, car ces patients sont installés par l'agent administratif en box d'évaluation afin que l'IOA puisse les voir dès qu'elle est disponible. Sinon, ils sont orientés vers la salle d'attente une fois que leur entrée administrative est faite. Afin d'aider les agents dans cette activité de tri une fiche d'évaluation médicale a été

mise en place pour les aider et aussi pour leur permettre d'alerter rapidement l'IOA (aide décisionnelle).

Un autre point délicat est à souligner, nous ne permettons plus aux familles d'attendre avec les patients quand ceux-ci sont en salle d'attente couchée, ce qui est très mal vécu par les proches. Nous sommes obligés de jouer beaucoup plus au « gendarme » pour faire respecter cette consigne.

3.2. Les points positifs sont :

Une meilleure confidentialité depuis l'installation des salles d'évaluation.

L'AS nous assiste lors de l'interrogatoire, elle nous aide dans la prise des paramètres vitaux ce qui a permis de développer un binôme AS-IDE à l'accueil. Initialement, les AS étaient réticentes et ne trouvaient pas leur place dans ce projet, nous pouvons dire aujourd'hui que l'AS a une place importante à l'accueil, que c'est une aide pour l'IOA. Elles nous assistent dans la prise des paramètres, mais aussi à gérer le flux des patients, elle est d'un grand secours dans l'attente des patients en leur apportant des collations et soins de confort mais aussi pour la surveillance de l'état des patients.

La nouvelle décoration a rendu aussi plus agréable notre travail, des télévisions ont été installées dans les différentes salles d'attente (salle d'attente couchée et salle d'attente famille), pour permettre une attente plus agréable des patients et des accompagnants.

Ce projet n'a pas été immédiatement accepté par l'équipe des urgences mais à force de communication et de patience il a fini par l'être. Il faut savoir que le temps d'attente avant une prise en charge n'a pas été modifié dans un sens comme dans l'autre mais les patients attendent dans de meilleures conditions.

Il a été noté que nos conditions de travail sont meilleures grâce à la présence des AS à l'accueil, mais aussi pour nos collègues des filières car les patients n'y sont plus mis en attente dans leurs couloirs respectifs.

4. Conclusion

Ce projet a mobilisé un nombre important de personnes sur un temps long. L'investissement financier était conséquent et les contraintes techniques existantes nous ont conduits à des choix négociés. Cette expérience est riche et permet encore aujourd'hui une dynamique d'amélioration. Les adaptations à venir concernent essentiellement le perfectionnement de la grille de tri, la modification du module IOA dans le dossier de soins informatisé, la formation des aides-soignants au poste d'accueil.

ANNEXE 1

Les signes cliniques majeurs par niveau

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
DÉFINITION	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique avec pronostic vital ou fonctionnel engagé dans les heures suivantes	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle susceptible de s'aggraver dans les 24 h, ou situation médicale complexe justifiant l'utilisation d'au moins une ressource hospitalière en urgence	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable, non complexe, mais justifiant l'utilisation d'au moins une ressource hospitalière en urgence	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente justifiant l'utilisation de ressources hospitalières	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente justifiant l'utilisation de ressources hospitalières
ACTION	Actions centrées sur le support d'une ou des fonctions vitales	Actions centrées sur le traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Actions multiples centrées sur l'évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Consultation avec acte diagnostique et/ou thérapeutique limité(s)	Consultation sans acte diagnostique ou thérapeutique
PRISE EN CHARGE MÉDICALE	IMMÉDIATE	DANS LES 20 MINUTES	DANS LES 60 MINUTES	DANS LES 120 MINUTES	DANS LES 240 MINUTES
PRISE EN CHARGE PARAMÉDICALE	IMMÉDIATE	IMMÉDIATE	+/- suivie par une intervention paramédicale	+/- suivie par une intervention paramédicale	AUCUNE SAUF PROTOCOLE SPÉCIFIQUE (AES)
ATTENTE	AUCUNE				
ORIENTATION	SAUV	FILIÈRE D'INSTALLATION ou SAUV	FILIÈRE D'INSTALLATION	FILIÈRE D'INSTALLATION ou FILIÈRE COURTE	FILIÈRE COURTE DE 14 h à 22 h ou FILIÈRE D'INSTALLATION

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
ÉTAT NEUROLOGIQUE	AU MOINS 1 SIGNE GLASGOW < 8	GLASGOW 9-12 > 12 + FIEVRE	GLASGOW > 12		
FC	INCONSCIENT	TROUBLE DE LA VIGILANCE CONFUSION DÉORIENTATION	TROUBLE DE LA VIGILANCE CONFUSION DÉSORIENTATION	SOMNOLENCE	120 < FC < 150/MINUTE
MESURES SYSTÉMATIQUES	TA SYSTOLIQUE	ABSENCE OU > 180/MINUTE	140-180/MINUTE < 40/MINUTE	120-140/MINUTE 40-50/MINUTE	120 < FC < 150/MINUTE
	TA DIASTOLIQUE	PAM < 65 mm Hg ou systolique < 75 mm Hg	ENTRE 75 ET 90 mmHg ou > 200 mmHg + 1 symptôme relié	ENTRE 75 ET 90 mmHg > 220 mmHg sans symptôme relié	ENTRE 180 ET 200 mmHg < 200 mm Hg
	SaO²	HYPOXIE MAJEURE AVEC SaO ² < 85 %	HYPOXIE AVEC SaO ² entre 85 % et 90 %	HYPOXIE AVEC SaO ² entre 91 % et 94 %	HTA < 200 mm Hg
Température	FR	PAUSES RESPI ou FR < 10 ou > 40	DYSPNEE ET FR entre 32 et 40	DYSPNEE et FR < 32	< 35,5° C OU > 40° C
DOULEUR		EN > 6 ET < 10	EN > 3 ET < 6	EN < 3	EN < 3



NIVEAU 5	NIVEAU 4		NIVEAU 3		NIVEAU 2		NIVEAU 1		MESURE CISCONSTANCIÉE
Pâleur Conjonctivale	Hb			< 7 g/l avec symptôme associé		< 7 g/l sans symptôme associé			
Confusion Sommolence Trouble de la vigilance Trouble du comportement				< 0,60					
Asthme	GLYCÉMIE Débit mètre de pointe	Irréalisable ou < 150 l/minute	Entre 150 et 300 l/minute	Entre 300 et 400 l/minute					
	AVC		Déficit sensitif ou moteur constitué et persistant < 6 heures	Déficit sensitif ou moteur constitué et persistant > 6 heures					
	DOULEUR THORACIQUE	Typique - rétro sternale - en barre							
	FILIÈRES SPECIFIQUES								
	AES								Risque de contamination VIH, Hépatite (AES)
	POLICE								C NH/PRISE EN CHARGE PRIORITAIRE

