



Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA

Référentiel 2020

Révision du référentiel 2004

Société Française de Médecine d'Urgence

Commission Soins et Urgence

Sous la supervision de Claire Maillard-Acker[†]

Commission Soins et Urgences de la SFMU

Delphine Hugenschmitt, IDE

Perrine Boursin, IDE

Yann Coen, ambulancier SMUR

Carla De Stefano, Psychologue

Lionel Degomme, IADE

Yann Jaouen, IDE

Aurilien Landié

Karinne Le Gloan, IDE

Alexia Moreira, IDE puéricultrice

Eric Perret, ARM

Olivier Picot, IDE

Ludovic Radou, ARM

Marc Smounya, IDE

Nicolas Termoz Masson, IDE

Caroline Vareille, Assistante sociale

Experts

Théophile Bastide, Cadre de santé

Magali Bischoff, Cadre de santé

Véronique Brunstein, Cadre de santé

Pierre-Geraud Claret, Médecin

Domitille Degrez, IDE

Sybille Goddet, Sandra Bernard, Jean-Marie Bonnet, Perrine Boursin, Bahram Chaybani,

Romain Dufau, Alban Guibert, Romain Hellmann, Claire Maillard-Acker, Carole Paquier,

Catherine Pradeau, Guillaume Ranchon, François Revaux, Patrice Serre, Pierre Taboulet,

Christophe Vincent-Cassy, Youri Yordanov et Carlos El Khoury pour la **Commission**

Evaluation Qualité de la SFMU.

Benoît Jézéquel, Cadre de santé

Claire Maillard-Acker[†], Cadre de santé

Conseil d'administration de la SFMU

Agnes Ricard-Hibon

Tahar Chouihed

Thibaut Desmettre

Florence Dumas

Jean-Paul Fontaine

Yonathan Freud

Olivier Ganansia

Pierre-Yves Gueugniaud

Delphine Hugenschmitt

Patrick Miroux

Yann Penverne

Patrick Plaisance

Catherine Pradeau

Karim Tazarourte

Eric Tentillier

Muriel Vergne

Youri Yordanov

Sommaire

Introduction *p.5*

1. Evolution historique de la fonction et cadre législatif *p.9*

2. Fiche de poste 13

1. Missions permanentes *p.13*

2. Conditions d'exercice de la fonction *p.15*

3. Compétences requises *p.15*

3. Tri et décision du lieu de soin adaptés aux besoins du patient *p.18*

3.1 Concepts et objectifs *p.18*

3.2 Processus de tri, Grilles de tri *p.20*

3.3 Particularités pédiatriques *p.26*

3.4 Implémenter une nouvelle échelle de tri *p.35*

3.5 Une grille de tri pour l'IOA : la French Emergency Nurses Classification in-Hospital (FRENCH) *p.39*

4. Architecture et conditions d'exercice *p.44*

1. La structure d'urgence *p.44*

2. La zone d'accueil *p.45*

5. Formation *p.51*

1. Le besoin de formation, le public *p.51*

2. La déclinaison des objectifs de formation *p.52*

3. La formalisation du dispositif *p.54*

4. L'évaluation des apprentissages *p.56*

5. L'accompagnement sur le poste de travail *p.57*

6. Evaluation *p.64*

1. Indicateurs d'activité – tableaux de bord *p.65*

2. Indicateurs de moyens et d'organisation *p.66*

3. Indicateurs de résultats *p.71*

Introduction

Perrine Boursin (Paris), Benoît Jézéquel (Paris)

Cette nouvelle version du référentiel *Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA)* décrit les réflexions menées par la Commission Soins et Urgences de la Société Française de Médecine d'Urgence. Elle s'inscrit dans le sillon du premier référentiel *Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA* (2004), du référentiel de compétences *Infirmier(e) en Médecine d'Urgence* (2008), et des Recommandations Formalisées d'Experts *Le triage en structure des urgences* (2013). Ce référentiel se propose d'éclairer les conditions d'exercice actuelles et futures de l'IOA et d'apporter des réponses actualisées et adaptables au contexte mouvant et contraint de chaque structure d'urgences.

Le Rapport Steg a impulsé en 1989 une réflexion approfondie sur les conditions d'accueil des patients en structure d'urgences et a posé les fondements réglementaires de cette thématique qui n'a cessé de se structurer durant trois décennies. Ces dernières années, trois rapports publics (*Sénat, 2017 ; Assemblée Nationale, 2018 ; Cour des comptes, 2019*) décrivent le contexte dans lequel les IOA exercent leurs missions d'accueil et de tri en 2019 :

- Le nombre de passages aux urgences continue de croître de manière dynamique et régulière : 18.4 millions de passages annuels dans les structures d'urgences en 2012, contre 21.1 millions en 2016. Le principal motif de recours aux urgences reste traumatologique (36%) mais les situations d'urgence sociale s'amplifient, pouvant déstabiliser l'équilibre des structures d'urgences.

- Le profil des patients évolue également. D'une part, la population française vieillit, avec pour corollaire des prises en charge médico-sociales parfois complexes chez ces patients présentant souvent plusieurs pathologies chroniques (temps de passage des plus de 75 ans au moins deux fois plus long ; 56% sont hospitalisés suite à leur passage dans une structure d'urgences).

- D'autre part, les attentes des usagers se transforment avec la société. Cette dernière aspire à plus d'immédiateté, et les structures d'urgences offrent une unité de temps et d'espace suggérant la possibilité pour le patient de bénéficier de l'ensemble des ressources pouvant répondre à l'urgence qu'il ressent.

- Ces nouveaux profils de patients usagers associés aux contraintes organisationnelles du système de santé en amont des structures d'urgences (offre ambulatoire et de médecine de ville, permanence des soins ambulatoires PDSA) et en aval (unités d'hospitalisation complète) font d'elles un goulot d'étranglement que les nombreuses initiatives de régulation n'arrivent pas encore à juguler.
- Le dimensionnement des ressources humaines paramédicales, qui n'a pas toujours été reconsidéré dans ce contexte de fréquentation croissante des structures d'urgences, est un dernier élément de contexte à prendre en considération aujourd'hui.

Dans ce contexte, le rôle d'accueil et de tri de l'IOA est plus que jamais un pivot dans l'organisation et la gestion des flux internes des structures d'urgences. Aujourd'hui connus et reconnus, l'action de l'IOA et son raisonnement s'articuleront toujours autour de la relation de soin qu'il tisse avec l'Autre, son corps, son vécu, son ressenti. L'accueillir, évaluer rapidement le degré d'urgence de sa situation, organiser le début de son parcours de soins dans la structure d'urgences sont les objectifs de l'IOA, et ne seront pleinement atteints que si ce dernier gagne l'adhésion de l'utilisateur dès son arrivée. Ce ne peut être que le fruit d'une posture professionnelle réfléchie, d'une communication adaptée et de compétences cliniques et organisationnelles pointues.

La fonction d'IOA s'appuie presque exclusivement sur le rôle propre infirmier (*Art.4311-5 du Code de la Santé Publique* : « *recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance* », « *installation du patient en rapport avec sa pathologie ou son handicap* », par ex.), tout en s'inscrivant, lorsque la situation le demande, dans une collaboration étroite avec l'équipe médico-soignante de la structure d'urgences.

Ainsi, dans un quotidien dicté par une part importante d'imprévu, l'IOA doit apporter la réponse la plus fiable possible à la question suivante : le malade peut-il attendre sans risque ? Et si oui, quelles doivent être les conditions de cette attente, la nature de la réévaluation clinique du patient et les éléments de communication à mettre en œuvre pendant cette période ?

Au quotidien, l'examen clinique infirmier et l'utilisation d'une grille de tri, comme la grille FRENCH (French Emergency Nurses Classification in Hospital triage, 2018) proposée par la SFMU, sont des outils techniques spécifiques permettant d'étayer le raisonnement de l'IOA et d'argumenter ses décisions. La politique de service concernant l'accueil et le tri doit

intégrer des processus incontournables de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir l'appropriation et la stabilisation de ces missions infirmières.

Pilotée par la Commission Soins et Urgences, cette actualisation du référentiel *Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA* a pour ambition de contribuer à une meilleure connaissance du puzzle réglementaire et des enjeux liés à cette fonction. Il participera probablement aux discussions sur les questions de délégation de compétences ou de tâches (protocoles de coopération, par ex.). Par ailleurs, les sujets abordés dans ce travail pourront naturellement alimenter les débats quant à l'évolution de la profession d'infirmière vers une spécialisation en soins d'urgence ou quant à l'inclusion de la pratique avancée dans les missions infirmières aux urgences. À l'instar de la profession médicale, la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine d'Urgence ne peut qu'encourager la profession infirmière à poursuivre son évolution et le renforcement des connaissances spécifiques à ce secteur d'activité.

Plus globalement, l'ensemble des contributeurs à ce travail espère qu'il concourra à une définition affinée et actualisée du rôle de l'IOA, condition préalable à une vision partagée entre les différents acteurs de l'urgence et à la synergie qui les anime. *In fine*, les thématiques abordées doivent permettre de guider l'IOA dans le soin qu'il dispense, et de donner les clés au patient pour mieux comprendre son propre parcours en structure d'urgences.

Bibliographie

Société Francophone de Médecine d'Urgence, Référentiel : *Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA*, 2004

Société Française de Médecine d'Urgence, Référentiel de compétences : *Infirmier(e) en Médecine d'Urgence*, 2008

Société Française de Médecine d'Urgence, Recommandations Formalisées d'Experts : *Le triage en structure des urgences*, 2013

Sénat, Commission des affaires sociales, Rapport n°685 : *Les urgences hospitalières*, présenté par Mmes Laurence Cohen, Catherine Génisson et M. René-Paul Savary, 26 juill. 2017

Assemblée Nationale, Rapport : *Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés*, présenté par M. Thomas Mesnier, mai 2018

Cour des comptes, Rapport public annuel 2019, Tome II, chap.6 : *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités dans les territoires*, février 2019

Société Française de Médecine d'Urgence, Annales française de médecine d'urgence, Volume 9, Numéro 1, Janvier 2019 pages 51-59, *Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la FRENCH Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH)*
https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2019/01/lvafmu_2019_sprurge000961/lvafmu_2019_sprurge000961.html

Société Française de Médecine d'Urgence, Annales française de médecine d'urgence, Volume 9, Numéro 1, Janvier 2019 pages 10-16, *Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence.*

https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2019/01/lvafmu_2019_sprurge000959/lvafmu_2019_sprurge000959.html

1. Evolution historique de la fonction et cadre législatif

Karinne Le Gloan (Nantes), Théophile Bastide (Paris)

La structuration du triage médical est classiquement attribuée au Baron D. J. Larrey lors des guerres Napoléoniennes du XIXème siècle. Néanmoins, on ne constate son implantation organisée et individualisée au sein des services d'urgence hospitaliers que dans les années 1960. Les pays anglo-saxons mettent alors en place un premier triage infirmier d'accueil. En France, c'est dans les années 1980 qu'un triage initial du même type est progressivement organisé, en réponse à une augmentation des flux d'entrée et à une gestion difficile des priorités.

La fonction d'infirmier(e) d'accueil, d'abord informelle, se structure et s'organise, et, à la suite du rapport du Professeur Steg « L'urgence à l'hôpital » en 1989 [1], se voit encadrée pour la première fois par la circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements de santé [2]. Cette dernière propose un positionnement fort de la fonction, puisque tous les patients, hors SMUR, sont adressés à l'infirmier(e) d'accueil, et que ses trois missions principales y sont identifiées : accueil et information ; surveillance des patients en salle d'attente ; orientation après avis médical. On parle dès lors d'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO). Des formations spécifiques sont mises en place, des fiches de poste travaillées.

Malgré cette avancée, une double insatisfaction demeure : celle des usagers, liée aux délais d'attente entraînant agressivité et violence, et celle des professionnels infirmiers dont les objectifs de prise en charge holistique et personnalisée, de gestion du tri et de sécurité ne sont pas suffisamment atteints.

En 2004, la Société Francophone de Médecine d'Urgence rédige un premier référentiel sur la fonction [3], précisant missions, conditions d'exercice, formation et évaluation. Ce travail est l'occasion pour notre société savante d'affiner la notion d'orientation : relevant d'une prérogative exclusivement médicale, le terme d' « orientation » (décision de retour à domicile, transfert vers une structure extérieure, hospitalisation,...) est remplacé par celui d'« organisation » et la fonction dénommée « Infirmier(e) Organisateur(trice) de l'Accueil (IOA)».

Ce point de sémantique est repris par le législateur dans le décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence [4], qui constitue encore à l'heure actuelle le dernier texte législatif encadrant la fonction. L'article concerné est riche d'enseignements : « Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient. Cet infirmier met en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier. ». Cet « Infirmier d'Accueil et d'Organisation de la prise en charge du patient » se voit donc occuper un poste disposant d'une mission organisationnelle centrale, mais non obligatoire puisque se justifiant selon l'activité. L'orientation reste une prérogative médicale, mais le législateur ouvre la porte à des protocoles d'orientation, encore peu mobilisés dans nos services à ce jour.

Par la suite, deux textes rédigés par la SFMU viendront compléter la description du poste et assoir une pratique de plus en plus reconnue :

- Le référentiel de compétences de l'Infirmier en Médecine d'Urgence (2008) [5], complète la description des compétences spécifiques nécessaires aux IOA : connaissances et savoirs requis, compétences stratégiques et de jugement clinique, compétences techniques.
- Les Recommandations Formalisées d'Experts sur le Triage en structure des urgences (2013) [6] précisent les conditions d'exercice de ces infirmiers : IDE dédié et formé, délai d'attente avant IOA ne devant pas excéder 30 minutes, lieu individualisé, intérêt d'une échelle de tri spécifique, indicateurs qualité, ...

La fonction d'Accueil et d'Organisation ne peut bien évidemment pas être dissociée de la fonction infirmière dans son acception générale. En ce sens, les IOA répondent aux mêmes obligations et responsabilités que l'ensemble de leurs collègues, dont les principaux textes encadrant actuellement la profession sont le décret du 29 juillet 2004 [7] intégré au Code de la Santé Publique, le référentiel de compétences infirmier de l'arrêté du 31 juillet 2009 [8], et le code de déontologie infirmier publié par décret le 27 novembre 2016 [9]. On ne peut néanmoins nier la responsabilité accrue de ces infirmiers au regard des spécificités de leurs missions. Ils doivent pouvoir répondre de missions essentielles (accueil, tri, surveillance),

mobiliser un grand nombre de compétences en un temps restreint, et ce dans un contexte complexe et un flux difficilement prévisible. Ils agissent pour cela principalement sur rôle propre, mais également sur prescription et protocoles spécifiques (prise en charge de la douleur, ECG, ...). Enfin, n'oublions pas qu'ils peuvent également, selon les organisations, travailler sur ce poste en collaboration avec des aides-soignants, qui sont alors placés sous leur responsabilité.

Comme l'a rappelé le législateur, l'objectif n'était pas que chaque structure d'urgence dispose d'un poste IOA. Ainsi en 2013, la DREES recensait 75% de postes IOA dans les structures d'urgence de France [10]. Par ailleurs plus de 10% des patients accueillis y attendaient plus de 30 minutes avant d'être évalués par un IOA [11], et le nombre d'infirmiers formés spécifiquement à la fonction restait faible et disparate, très dépendant de la structure [12]. Le rôle pivot des IOA en structure d'urgence reste donc encore à consolider, et fera, à l'évidence, l'objet de futures évolutions organisationnelles, structurelles, voire réglementaires. Les nombreuses prospectives actuelles (grilles de tri, demandes anticipées de radiographies...) ne doivent pas faire oublier l'essence même de la fonction, l'importance des compétences et du sens clinique dans la mise en œuvre de leurs responsabilités, et la mission centrale des structures d'urgence rappelée dans le décret du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé [13] : « accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales. »

Références

- [1] Steg A. «L'urgence à l'hôpital". Rapport de la section des affaires sociales du Conseil Economique et Social. Paris, 1989
- [2] Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation
- [3] Société Francophone de Médecine d'Urgence. Référentiel IOA. Paris, 2004
- [4] 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)
- [5] Société Française de Médecine d'Urgence. Référentiel de compétences de l'Infirmier(e) en Médecine d'Urgence. Paris, 2008
- [6] Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Paris, 2013
- [7] Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code
- [8] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
- [9] Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers
- [10] Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. Etudes et résultats, DREES, n° 906, mars 2015
- [11] Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. Etudes et résultats, DREES, n° 929, août 2015
- [12] Demontoux F., Paillard F. Formation et infirmier(e) organisateur de l'accueil aux urgences. Urgences 2013
- [13] Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

2. Fiche de poste

Nicolas Termoz-Masson (Grenoble), Yann Jaouen (Paris)

L'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) a comme principales missions d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, de définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, puis, en fonction de ces derniers, de décider du lieu de soins adapté. A ce moment-là, la gravité du problème de santé est définie à l'aide d'une échelle de tri.

L'IOA est responsable de l'évaluation initiale de chaque patient qui se présente dans un service d'urgence. Ses actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et de leurs accompagnants, ce dès l'accueil. Ainsi, il est essentiel d'avoir recours au triage lorsque le flux dépasse la capacité de prise en charge immédiate. L'infirmier d'accueil peut, à tout moment, s'il en a besoin, demander l'avis ou l'aide d'un(e) autre infirmier(e) ou d'un médecin urgentiste.

1. Missions permanentes

L'infirmier(e) doit :

- **Accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients arrivant aux urgences**

Il (elle) accueille. Il s'agit d'un soin relationnel auprès du patient, dont l'objectif est de lui permettre de comprendre et d'accepter les soins dans les meilleures conditions : gestion du stress, information, écoute, installation, confort, prise en charge de la douleur (si protocole de soins existant).

Il (elle) évalue rapidement le degré d'urgence afin de privilégier la prise en charge du patient présentant un caractère réel d'urgence. Le tri doit s'effectuer à partir d'outils spécifiques utilisés dans le service (Echelle de tri comme la FRENCH) et sur des protocoles écrits et signés par le responsable médical. Il (elle) identifie les besoins et les ressources dont le patient aura besoin.

Ce poste est proposé aux infirmier(e)s exerçant dans un service d'urgences. Il s'inscrit dans la démarche diagnostique infirmière, qui est partie intégrante du rôle propre infirmier.

- **Décider du lieu de soins adapté**

Il (elle) décide du lieu de soins approprié à l'état du patient (enfant/adulte, traumatologie/non traumatologie, valide/couché, malade stable/instable, consultation sans/avec acte, niveau de tri), après recueil et synthèse des informations. Celles-ci sont obtenues par un examen clinique (entretien, examen physique et paramètres vitaux) et la connaissance de tous documents en possession du patient. En cas de besoin, l'implication de l'Assistant(e) Social(e) peut se réaliser dès l'accueil.

- **Installer**

Il (elle) installe ou fait installer le patient en fonction de ses besoins (chaise, brancard...), protection (froid), confort (position antalgique).

- **Informé, aider, rassurer**

Il (elle) informe le patient et ses accompagnants de l'organisation des soins, du fonctionnement du service, du délai et des raisons d'une attente éventuelle.

Il (elle) rassure les familles et les informe des soins en cours et à venir, de l'attente des examens de laboratoire et/ou d'imagerie. Il (elle) est en relation permanente avec les médecins et infirmier(e)s effectuant les soins.

- **Surveiller**

Il (elle) assure la surveillance régulière de la salle d'attente, coordonne les informations destinées aux accompagnants et aux familles, apaise au mieux les tensions afin de prévenir toutes formes de violences. En fonction de l'organisation du service, il (elle) peut être amené(e) à surveiller les box d'accueil de premiers soins et/ou la salle d'attente des patients en attente de prise en charge médicale.

- **Anticiper**

En fonction de la structure du service, il (elle) peut assurer une liaison directe avec les centres de traitement de l'alerte des sapeurs-pompiers, les centres de réception et de régulation des appels du SAMU, la police et anticipe la venue des patients à risque (détenus, patient consultant sur réquisition judiciaire...)

- **Communiquer et coordonner**

Pour favoriser une bonne communication et essayer d'apaiser au mieux les craintes et/ou angoisses des accompagnants, 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(e) interlocuteur(trice) référent(e) performant(e).

- **Enseigner**

Dans le contexte spécifique de l'accueil et du tri dans un service d'urgences, il (elle) encadre les étudiants infirmiers en stage et les infirmier(e)s en stage d'intégration. Il est important de souligner que l'IOA assure la formation pratique des nouveaux infirmiers qui auront, à la suite d'une formation spécifique, la possibilité d'assurer cette fonction.

2. Conditions d'exercice de la fonction

Mobilité

Compte tenu de la pénibilité de ce poste, cette fonction doit être exercée en alternance par l'ensemble de l'équipe infirmière du service (sous condition de suivi de formation IOA et d'évaluation validée par l'encadrement).

L'IOA doit pouvoir se faire remplacer dès qu'il (elle) en formule la demande.

Organisation avec les autres acteurs

L'IOA est assisté(e) d'une secrétaire d'accueil (enregistrement administratif).

Des agents d'accueil et/ou aides-soignants sont présents afin d'aider à l'installation du patient, ou à le maintenir si nécessaire et veiller à sa sécurité.

Il (elle) assure la liaison entre les différentes filières du service (filière courte, UHCD, secteur d'hospitalisation...).

3. Compétences requises

Formation et qualifications requises

- Être titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier (ère)

- Avoir suivi une formation spécifique IOA effectuée par des organismes agréés par les sociétés savantes de l'urgence (à négocier rapidement si l'infirmier (ère) n'a pas suivi de formation et qu'il (elle) a exercé dans un service d'urgences)

Expérience professionnelle et connaissances particulières requises :

- Détenir une expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence est recommandé (connaître les gestes d'urgence, les différentes pathologies traitées aux urgences, et maîtriser l'organisation du service d'urgence dans lequel il exerce). Avant d'appréhender le poste d'IOA, il est souhaitable d'avoir exercé un minimum de 6 mois dans le service des urgences.
- Connaître les textes législatifs en vigueur
- Savoir gérer le stress et l'agressivité des patients et familles
- Savoir utiliser les techniques de communication positive
- Savoir utiliser les outils existants et faire formuler le patient dans le cadre de la prise en charge de la douleur
- Posséder les connaissances suivantes (sinon lui faire bénéficier d'une formation) :
 - Utilisation du matériel informatique (logiciel de gestion des urgences)
 - Utilisation des outils de tri
 - Connaissance des protocoles de soins (douleur...)
- Connaître les structures hospitalières et extrahospitalières

Qualités requises

- Avoir une attitude bienveillante, empathique et le sens de la diplomatie
- Posséder la 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
- Présenter une tenue et un langage discrets et respectueux

Bibliographie

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)

Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, infirmier(ères) en soins généraux. <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=2>

Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Paris, 2013

Desmettre T., Baron A-F, Capellier G, Tazarourte K., L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. Réanimation, Novembre 2013;Volume 22, Issue 6, pp 610–615.

Hssain I., Piedade I., Benveniste R., Marc B., Miroux P. Guide infirmier des urgences, Le rôle de l'infirmier organisateur de l'accueil aux urgences, 1er Edition Elsevier Masson 2008, p18-20.

3. Tri et décision du lieu de soin adaptés aux besoins du patient

3.1 Concepts et objectifs

Olivier Picot (Paris), Claire Maillard Acker (Paris)

Les structures d'urgences (SU) connaissent une fréquence en augmentation constante.

L'offre de soins évolue : diminution du nombre des médecins traitants, mise en place de maison de santé en cours. Les SU deviennent un lieu de premiers recours aux soins. Ces évolutions provoquent une affluence des patients pour des consultations simples. Une des missions principales des urgences demeure la prise en charge d'urgences vitales ou potentiellement vitales. Il devient plus que jamais, nécessaire de repérer ces patients au plus près de leur arrivée, afin qu'ils ne soient pas égarés dans des flux de patients de plus en plus importants. L'organisation d'une évaluation précoce est indispensable. L'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) est le professionnel compétent pour effectuer cette mission. Il évalue tous les patients à leur arrivée et organise leur prise en charge dans les différents circuits des urgences (la SAUV, les box d'examens, le circuit court...)

- L'IOA a été mis en place pour repérer les patients en détresse vitale ou instable et pour organiser la gestion du flux dans les services d'urgences en établissant un classement par ordre de priorité en fonction de l'état clinique du patient.
- Le tri se fait par l'évaluation des signes cliniques du patient et par un interrogatoire mettant en avant le motif de recours, l'anamnèse et les antécédents.
- L'IOA ne cherche pas de diagnostic médical mais raisonne à partir d'un examen clinique pour établir les priorités parmi les motifs de recours.
- Au-delà de 5 patients arrivés par heure, l'IOA doit être disponible en permanence pour le tri, Aucune autre mission ne doit lui être confiée (téléphone, soins...)
- Le temps entre l'inscription du patient et l'arrivée dans le box de l'IOA est idéalement inférieur à 10 minutes.

- Lorsque le délai entre l'inscription des patients et leur évaluation par l'IOA dépasse 20 minutes ou lorsqu'il y a plus de 8 patients/heure à trier, il faut multiplier les postes de tri. Le tri passe avant les prises en charge en box.
- Etablir un tri s'effectue en 5-6 minutes en moyenne par patient.
- La réévaluation des patients en salle d'attente (donc ceux non encore pris en charge par un médecin) est une des missions de l'IOA. Elle se fait quand le délai de tri est dépassé mais ne nécessite pas nécessairement la reprise des paramètres vitaux. Cette réévaluation s'intègre dans l'organisation plus générale de chaque service quant à la sécurisation du temps d'attente à la suite de la consultation IOA avant le début de la prise en charge médicale.
- Les patients non vus par les médecins, sont sous la responsabilité de l'IOA, ou de ses collègues IDE si patients installés en box.
- L'IOA ne peut orienter un patient à l'extérieur des urgences, c'est une responsabilité médicale, il est donc obligatoire de solliciter les médecins.

3.2 Processus de tri, Grilles de tri

Perrine Boursin (Paris), Olivier Picot (Paris)

Dans l'organisation d'une structure d'urgence (SU), les deux missions assumées par l'IOA sont l'accueil et le tri initial :

- A. L'accueil de toute personne se présentant et s'enregistrant à l'entrée de la SU
- B. L'établissement de priorités parmi tous les patients présents en salle d'attente et l'organisation du circuit de soin de chacun : **Qui peut attendre sans risque ?**

La consultation de l'IOA doit avoir lieu le plus tôt possible après l'arrivée du patient et ne pas dépasser dix minutes. L'IOA accueille et trie simultanément.

1. Accueillir

On ne parle pas ici de l'accueil administratif, chronophage, qui ne devrait donc pas être pris-en-charge par l'IOA mais de l'accueil en tant que soin, première étape du parcours du patient.

Le premier objectif de l'IOA est de mettre en place une relation de confiance et de poser les bases d'une relation soignant-soigné de qualité. Il s'agit de permettre au patient et à ses proches de partager les informations les plus pertinentes pour sa prise-en-charge, mais aussi de comprendre les soins et d'y consentir dans les meilleures conditions. Par accueil, on entend donc en particulier : information, écoute, gestion du stress ; installation, confort, prise en charge de la douleur.

Les étapes de cet accueil sont immuables : civilités (saluer et se présenter), écoute et recueil de données, information (pour expliquer succinctement le fonctionnement du service : le patient ne passe pas par ordre d'arrivée).

Les qualités fondamentales de cette relation soignant-soigné sont l'écoute, l'ouverture, la neutralité et la bienveillance. L'instauration de cette relation de confiance est à la fois un challenge et un impératif à l'accueil d'une SU. Elle est indispensable et facilitera le processus de tri que l'IOA réalise simultanément.

2. Trier et organiser

Le processus de tri comporte deux étapes :

A. L'analyse de la situation, à l'aide d'un bref examen clinique articulant examen physique, mesure de paramètres vitaux et interrogatoire.

B. La décision du niveau de tri et le choix de la zone de soins adaptée, à l'aide d'une grille de tri et d'une connaissance fine des organisations spécifiques locales.

2.1. L'examen clinique

L'examen clinique de l'IOA est concis. Il articule examen physique, mesure de paramètres vitaux et interrogatoire. Il permet d'objectiver la plainte initiale en clarifiant le motif principal de recours et en identifiant les éléments de gravité patents et latents.

L'examen physique débute au premier contact visuel dans la salle d'attente.

Ce premier examen visuel est rapide, quelques secondes. Tout en accueillant le patient, l'IOA le regarde de la tête aux pieds et se focalise sur l'état des trois fonctions vitales cardio-circulatoire, respiratoire et neurologique. La décision d'une nécessité d'intervention médicale immédiate peut être prise à cette étape. L'inspection physique se poursuit ensuite pendant l'interrogatoire du patient et la mesure de paramètres vitaux. Au moindre doute sur l'état neurologique, l'état respiratoire, l'état cardio-circulatoire, leur examen est approfondi. Par exemple, en cas d'inconfort respiratoire apparent, la fréquence, la régularité et l'amplitude des mouvements respiratoires sont rapidement évalués, tout comme l'utilisation des muscles accessoires de la respiration et le retentissement sur la saturation pulsée en oxygène ou sur l'état neurologique sont recherchés. L'examen physique se poursuit par l'examen de la zone du corps concernée par la plainte et par celui des autres éléments anormaux repérés par l'IOA. Cette inspection physique est visuelle, tactile, auditive, parfois olfactive.

La mesure de paramètres vitaux s'articule avec l'inspection physique et la complète : Pression artérielle et Fréquence cardiaque, Fréquence respiratoire et Saturation pulsée en Oxygène, Glycémie capillaire, Température, Douleur...

En parallèle, un interrogatoire semi-directif aide à préciser le problème de santé. L'identification des modalités d'installation et d'évolution du problème, ainsi que

l'identification de comorbidités dans l'histoire de santé du patient, sont essentielles pour la prise de décision finale du niveau de tri. Le moyen mnémotechnique 3Q2C peut être utilisé pour structurer l'interrogatoire : *Quoi ? Quand ? Comment ? Combien ? Qui ?*

Le *Quoi*, le *Quand*, le *Comment*, le *Combien* permettent de décrire le déroulement du problème de santé. Le *Quoi* est le motif de recours aux soins qui semble le plus complexe/sévère parmi tous ceux exprimés ou envisagés. Le *Quand*, le *Comment*, le *Combien* permettent d'identifier des éléments qui pourrait modifier le tri, par exemple la modalité d'installation du problème (brutale ou progressive, facteur déclenchant, premier épisode ou non, date et heure de début... *Quand ? Comment ?*) et son évolution (stable ou non, associée à d'autres éléments, intensité du symptôme... *Comment ? Combien ?*) .

Le *Qui* permet de dessiner le profil santé du patient (antécédents, traitements en lien avec le motif de recours), c'est-à-dire permet d'identifier la présence de facteurs de risques ou de comorbidités qui modifieraient le tri.

Chacun des cinq items du 3Q2C *Quoi ? Quand ? Comment ? Combien ? Qui ?* est essentiel car contient des modulateurs de tri. Tous doivent être questionnés.

L'articulation de l'inspection physique, de la mesure de paramètres vitaux et de l'interrogatoire permettent d'obtenir trois éléments de synthèse :

- A. L'histoire, le déroulement du problème de santé, spécifiquement la modalité d'installation du problème et son évolution.
- B. Le profil santé du patient, en particulier les facteurs de risques et les comorbidités dont il souffre.
- C. Le retentissement clinique actuel du problème de santé.

L'examen clinique permet donc de définir le motif de recours aux soins principal et les modulateurs de tri présents. Avec ces éléments, on peut utiliser une grille de tri et passer à la seconde étape du processus de tri. A aucun moment, il n'est question de recherche de diagnostic médical.

2.2. La décision du niveau de tri et le choix de la zone de soins adaptée

Il est admis que les échelles de tri sont un outil indispensable. Elles définissent un délai maximum d'attente avant la prise-en-charge médicale. Elles sont donc des aides précieuses pour prendre la décision finale du niveau de tri et pour le choix de la zone de soins adapté. Elles n'imposent rien mais guident la prise de décision. La majorité se lit à partir du motif de recours principal identifié et des modulateurs repérés.

Les principales grilles validées sont l'ESI américaine (*Emergency Severity Index*), la MTS anglaise (*Manchester Triage Scale*), l'ETG canadienne (*Echelle canadienne de Triage et de Gravité*), la CIMU (*Classification Infirmière des Malades aux Urgences*) et la FRENCH (*FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital*) françaises. La SFMU recommande l'utilisation d'une échelle de triage validée, fiable et reproductible, comportant 4 ou 5 niveaux, adaptée aux caractéristiques de l'organisation nationale des soins.

Le choix de la zone de soin adaptée au problème du patient dépend de l'organisation de la SU et des différents circuits qui la composent. Certaines grilles fournissent un support d'aide à la décision. Mais l'IOA s'appuiera essentiellement sur sa connaissance fine des organisations locales pour choisir.

Conclusion

Dans l'organisation d'une structure d'urgence, les deux missions assumées par l'IOA sont l'accueil et le tri initial. La qualité de ces dernières conditionne les décisions d'ordre de passage et de circuit adapté sans perte de chance pour les patients, à condition que l'organisation générale de la SU considère et inclue cette première étape et tienne compte du tri de l'IOA.

Bibliographie

Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Paris, 2013

Brûlé M., Cloutier L. L'examen clinique dans la pratique infirmière. Saint Laurent (Québec) : ERPI ; 2004.

Cloutier L., Delmas P., Dall'Ava-Santucci J. La pratique infirmière de l'examen clinique. Bruxelles : De Boeck ; 2010.

Phaneuf M. La collecte des données, base de toute intervention infirmière Oct 2007, révision nov 2012 <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Fait-La-collecte-des-donne%CC%81es-base-de-toute-intervention.pdf>

Boizat S., Décréau N., Maillard-Acker C., Liotier J. L'infirmière d'accueil aux urgences : guide de tri. Paris: Maloine; 2010.

Emergency Severity Index (ESI) A triage Tool for Emergency Department Care. Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>

L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgences. Guide d'implantation 1998 http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_échelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf?phpMyAdmin=i,heTT,BhLKb96mm75DwfLeUjab

Mackwy-Jones K., Marsden J., Windle J. Emergency Triage: Manchester Triage Group 3rd Edition. Hoboken (Etats-Unis) : BMJ Books ; 2014.

Société Française de Médecine d'Urgence, Annales française de médecine d'urgence, Volume 9, Numéro 1, Janvier 2019 pages 51-59, *Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la FRENCH Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH)*
https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2019/01/lvafmu_2019_sprurge000961/lvafmu_2019_sprurge000961.html

Société Française de Médecine d'Urgence, Annales française de médecine d'urgence, Volume 9, Numéro 1, Janvier 2019 pages 10-16, *Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence.*

https://afmu.revuesonline.com/articles/lvafmu/abs/2019/01/lvafmu_2019_sprurge000959/lvafmu_2019_sprurge000959.html

3.3 Particularités pédiatriques

Domitille Degrez (Nantes), Alexia Moreira (Paris)

RECONNAITRE UN ENFANT GRAVE

Qui peut attendre sans risque ? La démarche de tri de l'IOA doit lui permettre d'identifier tout patient en détresse et ainsi sécuriser l'attente de chacun avant sa prise en charge médicale. L'accueil et le tri d'un enfant sont spécifiques car l'étiologie des défaillances des fonctions vitales varie en fonction des âges (du nourrisson à l'adolescent).

1. Accueillir

L'objectif de l'IOA est de mettre en place une relation de confiance entre le soigné, son accompagnant et le soignant.

a. Les enfants accueillis ont des âges très différents, de la naissance à 18 ans. La communication doit s'adapter à ces différents stades. => test de Denver II.

b. Les enfants sont accompagnés dans la majorité des cas. Leur entourage (le plus souvent les parents) est une aide précieuse. Les accompagnants sont des alliés tant au niveau de l'analyse de la situation que pour la réassurance de l'enfant. Leur présence auprès de l'enfant s'inscrit dans la Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé dès l'article 2.

c. La communication est importante dans ce moment particulier qu'est l'accueil aux urgences. L'IOA est l'un des premiers interlocuteurs de l'enfant et de ses accompagnants, son rôle est essentiel pour l'ensemble de la prise en charge. Sa communication doit être adaptée à l'enfant. Le vocabulaire doit être simple. Les soins doivent être expliqués (ex : la prise de pression artérielle (PA) : « Le brassard à tension, c'est comme les brassards de piscine, il gonfle puis se dégonfle et on l'enlève. ».)

La réassurance est constante. L'enfant choisit d'être assis seul ou sur les genoux d'un des parents. Pour les nourrissons, ils sont sortis de leur cosy ou poussette (l'observation ne sera que plus aisée).

La distraction peut être une aide précieuse. Détourner l'attention de l'enfant permet de prendre une fréquence cardiaque ou une PA, afin qu'elles soient les plus fiables possibles et

les plus interprétables. Faire des bulles, par exemple, est une technique de distraction efficace, facile à mettre en place. L'enfant se focalise sur ces dernières et l'IOA peut réaliser les soins. Les parents sont de véritables alliés dans la distraction. Les chansons sont une grande aide à tous les âges, les comptines souvent familières rassurent.

2. Trier et organiser

Le tri se fait à partir d'un examen clinique concis (examen physique et paramètres vitaux, interrogatoire type 3Q2C).

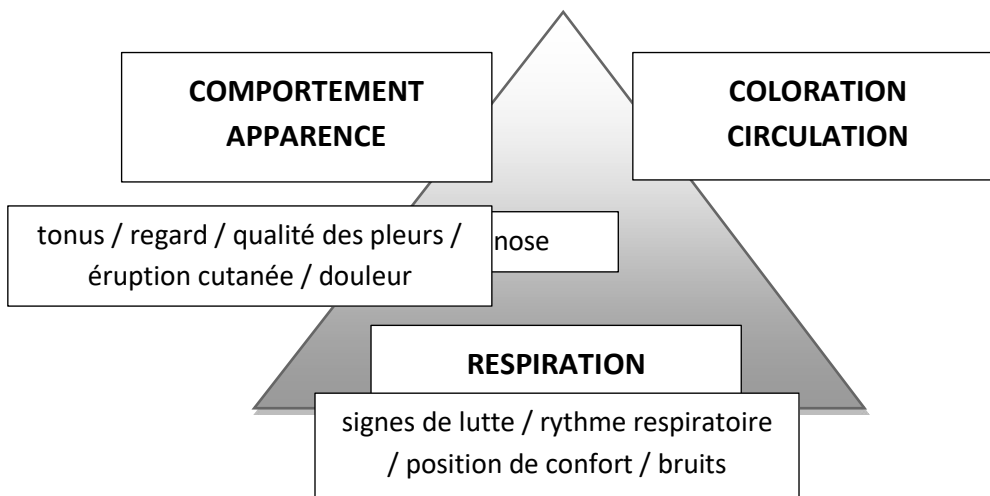
L'examen physique débute dès le premier contact visuel (*Quick look*). L'examen est à la fois visuel (ex : comportement de l'enfant, coloration), auditif (ex : pleurs habituels, geignements), tactile (les extrémités sont-elles chaudes ?) et olfactif (ex : odeur de cétose).

Il impose de toujours déshabiller un enfant pour pouvoir évaluer l'état respiratoire et l'état cutané : amplitude thoracique, signes de lutte, coloration, marbrures, présence de pétéchies, de purpura (ne pas oublier de regarder le dos, les pieds et sous la couche), d'hématomes.

La « standardisation » de l'observation permet une analyse exhaustive de chaque situation.

Le *Quick look*, première étape de l'examen, est une façon rapide de décider si un enfant est gravement malade ou pas. Il se fait en quelques secondes et met en alerte : « il se passe quelque chose ». Le *Quick look* doit être effectué par l'IOA quand elle accueille l'enfant si elle ne l'a pas déjà observé dans la file d'attente lors de l'enregistrement. Il s'appuie sur le triangle d'évaluation *Conscience (Comportement) - Respiration - Coloration (CRC)*. Il doit être aussi effectué dans la salle d'attente avant d'appeler un autre patient. D'un rapide coup d'œil, l'IOA vérifie l'évolution des patients en attente.

Le triangle d'évaluation en pédiatrie : Conscience (Comportement) - Respiration - Coloration (CRC)



Lors du Quick Look, l'observation rapide du Comportement (l'enfant est-il conscient, somnolent, agité ?) donne une première idée de l'état neurologique ; l'observation rapide de la Respiration (l'enfant paraît-il inconfortable, en difficulté respiratoire ? la respiration est-elle bruyante ?) une première idée de l'état respiratoire ; l'observation rapide de la Coloration (l'enfant est-il pâle, cyanosé, marbré ?) donne une première idée de la qualité de perfusion périphérique. L'IOA approfondit ensuite son examen avec différents outils.

2.1 Etat neurologique : Conscience / Inconscience / Comportement

a. L'enfant est-il éveillé ou réveillable, calme, souriant, tonique, s'intéressant et étant en interaction avec son entourage OU est-il somnolent, comateux, agité, geignard, avec un regard vague, hypotonique ?

Devant un trouble de la conscience, une glycémie capillaire doit être réalisée.

ECHELLE AVPU pour une évaluation rapide de l'état de conscience

A	Alert
V	Voice (réagit à la Voix)
P	Pain (réagit à la Douleur)
U	Unresponsive (ne réagit pas)

SCORE de GLASGOW : **<13 = ALERTE**

		0-2 ans	2-5 ans	> 5 ans
Ouverture des yeux (E)	4	Spontanée	Spontanée	Spontanée
	3	Lorsqu'il pleure	Aux stimuli verbaux	Aux stimuli verbaux
	2	Aux stimuli douloureux	Aux stimuli douloureux	Aux stimuli douloureux
	1	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Réponse verbale (V)	5	Agit normalement	Mots appropriés, suit et fixe du regard	Est orienté et parle
	4	Pleure	Mots inappropriés, pleure, est consolable	Est désorienté et parle
	3	Hurlements inappropriés	Hurle, est inconsolable	Paroles inappropriées
	2	Gémissements (grunting)	Gémit aux stimuli douloureux	Sons incompréhensibles
	1	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse
Réponse motrice (M)	6	Mouvements spontanés intentionnels	Répond aux demandes	Répond aux demandes
	5	Se retire au toucher	Localise la douleur	Localise la douleur
	4	Se retire à la douleur	Se retire à la douleur	Se retire à la douleur
	3	Flexion anormale	Flexion anormale	Flexion anormale
	2	Extension anormale	Extension anormale	Extension anormale
	1	Aucune réponse	Aucune réponse	Aucune réponse

2.2. Etat respiratoire : Les voies aériennes

a. Les voies aériennes sont-elles libres ? À risque ? Ou obstruées ?

b. Quelle est la fréquence respiratoire ?

FREQUENCE RESPIRATOIRE

AGE	FR par minute
Nouveau-né	30-50
1 à 6 mois	20-40
6 mois – 2 ans	20-30
2 – 12 ans	16-24
13 - 18 ans	12-25

c. Comment est le volume courant ? Amplitude et symétrie thoracique

d. Quel est le travail respiratoire ?

Score de SILVERMAN : Score de 0 à 10 qui permet d'apprécier la présence et l'intensité de la détresse respiratoire. 3-4 = détresse respiratoire modérée ; 5-6 = détresse respiratoire intense ; > 6 = détresse respiratoire sévère.

Score de SILVERMAN

	0	1	2
Tirage intercostal	absent	modéré	Sus-sternal
Entonnoir xiphoïdien	Absent	Modéré	intense
Battement des ailes du nez	absent	modéré	intense
Balancement thoraco-abdominal	Respiration synchrone	Thorax immobile	Respiration paradoxale
Geignement expiratoire	Absent	Audible au stéthoscope	Audible à l'oreille

La transition d'une respiration abdominale à une respiration thoracique débute entre 2 et 4 ans et se termine vers 7 ans. Lorsque la respiration est principalement abdominale, les muscles intercostaux sont peu développés et rapidement épuisables.

L'enfant conscient choisit la position qui maintient au mieux l'ouverture de ses voies aériennes, l'IOA respecte cette position pendant l'examen.

e. Existe-t-il des bruits respiratoires ? Stridor, wheezing, geignements, toux

e. Quelle est la saturation pulsée en oxygène ?

SATURATION EN OXYGENE (oxymètre pédiatrique)

La cyanose n'est pas un signe fiable d'hypoxie, elle est visible lorsque la saturation en oxygène est < 85% environ (la cyanose est plus apparente au niveau du lit de l'ongle et des muqueuses buccales).

Si la saturation en oxygène reste < 90% malgré l'apport d'O₂ passif, l'insuffisance respiratoire est décompensée et impose une intervention médicale immédiate.

2.3 Etat cardio-circulatoire

a. Quel est le pouls ?

FREQUENCE CARDIAQUE

AGE	FC par minute
Nouveau-né	100 - 180
< 6 mois	100 - 160
1 an	90 – 150
2 ans	80 – 140
4 ans	70 – 130
10 ans	65 – 125
14 ans	60 - 100

b. Quelle est la pression artérielle ?

Chez l'enfant, l'hypotension est un signe tardif de choc.

Elle est synonyme d'insuffisance circulatoire décompensée si elle est associée à des troubles neurologiques, et de risque d'arrêt cardio-respiratoire imminent.

PRESSIION ARTERIELLE SYSTOLIQUE

(Brassard adapté à la taille de l'enfant)

AGE	Limite inférieure en mmHg
1 jour – 1 semaine	60
1 semaine – 1 mois	65
1 mois – 1 an	70
1 – 10 ans	70 (2x âge en années)
> 10 ans	90

c. Quel est le retentissement sur la perfusion périphérique cutanée ?

Pâleur, marbrures, froideur ?

TEMPS DE RECOLARATION CUTANE (TRC) d'une zone chaude > 3 secondes ?

Devant tout signe d'insuffisance respiratoire et/ou circulatoire décompensée, la prise en charge doit être immédiate.

Insuffisance respiratoire décompensée = détresse respiratoire (signes de lutte) + hypoxémie non réductible avec de l'O₂ passif et/ou troubles neurologiques.

Insuffisance circulatoire décompensée = hypotension artérielle.

Insuffisance cardio-respiratoire = altération de la conscience + hypotension artérielle = ACR imminent !

2.4. Autres modulateurs de tri importants et spécifiques

a. Douleur

(Échelle adaptée hétéro-évaluation ex : EVENDOL ou auto-évaluation à partir de 7 ans)

b. Poids

(Balance pédiatrique jusqu'à 15 Kg)

Si besoin une règle peut être utilisée $POIDS = (\text{âge en années} + 4) \times 2$; attention à la perte supérieure à 10% (cette formule est valable de 1 à 10 ans).

c. Température

(Thermomètre axillaire pour les plus petits puis possibilité d'utiliser un thermomètre tympanique) –

Attention à la fièvre chez le nourrisson de moins de 3 mois et aux pétéchies ou purpura associés – évaluation de la fontanelle (normo-tendue, déprimée ou bombante).

Conclusion

Le triage est un processus dynamique.

Dès le premier contact visuel, l'IOA l'observe avec attention (*Quick look*).

Puis l'IOA approfondit son examen physique en même temps qu'il contextualise le motif de recours par un entretien et la mesure de paramètres vitaux.

Tout ceci pour permettre le tri et l'orientation.

La condition du patient peut s'améliorer ou se dégrader. La décompensation de l'enfant peut être brutale car ce dernier possède des caractéristiques anatomiques, physiologiques et pathologiques qui lui sont propres. Il est important de pouvoir le réévaluer.

Bibliographie

Recommandations

Société Francophone de Médecine d'Urgence. Référentiel IOA. Paris, 2004

www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/ioa2004.pdf

Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. Paris, 2013

www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/RFE_triage2013.pdf

European Association for Children in Hospital. Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé 2016

<https://www.each-for-sick-children.org/each-charter/the-10-articles-of-the-each-charter>

Council European Resuscitation

<http://www.erc.edu>

Test de Denver

Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics, 1992 Jan;89(1):91-7.

Société Suisse de Pédiatrie, Tableau d'évaluation

www.swiss-paediatrics.org

Masson M. La relation d'aide aux urgences pédiatriques. Cahiers de la puéricultrice, novembre 2010;241:16-19

3.4 Implémenter une nouvelle échelle de tri

Pierre-Geraud Claret (Nîmes)

Le triage est nécessaire lorsque les soignants ne peuvent répondre immédiatement aux besoins des patients. Il est défini comme la hiérarchisation des prises en charge des patients en fonction de leur gravité. Cette définition implique des conséquences individuelle et collective au triage. En effet, les objectifs du triage sont multiples. Ils sont de prendre en charge au mieux chaque patient, mais aussi d'organiser efficacement le système de soins. Un sous-triage entraîne une perte de chance, aggravant ainsi le pronostic du patient. Un sur-triage consomme des ressources souvent limitées, qui ne pourront être disponibles pour les autres patients. Le triage doit donc être réalisé à l'aide d'échelles spécifiques, par des professionnels expérimentés mais aussi formés. Les principes de triage peuvent s'appliquer en médecine préhospitalière comme en structure des urgences (SU), pour les patients adultes comme pour les enfants. Le triage en SU a fait l'objet de recommandations formalisées d'experts (RFE) en 2013 sous l'égide de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) [1]. Bien que des échelles de triage à trois niveaux soient encore utilisées [2], les échelles à cinq niveaux semblent supérieures en termes de reproductibilité et d'exactitude [3–5]. La littérature retrouve un nombre important d'échelles de triage. Les deux échelles de triage les plus étudiées et bénéficiant du meilleur niveau de preuve sont l'ETG (*Echelle canadienne de Triage et de Gravité*) et l'ESI (*Emergency Severity Index*). Elles correspondent à deux visions différentes du triage. En effet, l'ÉTG assigne un niveau de triage en fonction du délai recommandé avant la consultation alors que l'ESI le fait en fonction du nombre d'exams que le patient aura à subir. La généralisation au système de soins français d'une échelle de triage développée pour un autre pays peut être difficile. La CIMU, développée par la SU de l'hôpital Saint-Louis (AP-HP, Paris, France) a été moins étudiée que l'ÉTG et l'ESI. Elle a par contre le mérite d'être une échelle française, adaptée à notre médecine d'urgence. Plus récemment, LA FRENCH ++++

La réflexion qui précède l'implémentation ou la modification d'une échelle de triage doit porter sur la population qui consulte dans le SU et l'organisation interne du SU. En effet, certaines échelles de triage n'ont pas été validées pour les structures accueillant des enfants ou des patientes avec des motifs de consultation ayant trait à la gynécologie ou à l'obstétrique. De plus, l'organisation du SU, l'existence par exemple d'un circuit court pour les pathologies de

faible gravité, l'architecture du service ou la mutualisation des équipes avec le SMUR, peuvent faire préférer une échelle à une autre. La formation du personnel médical et paramédical est souvent indispensable après avoir choisi l'échelle de triage adaptée à la SU. En effet, la formation initiale des infirmiers est insuffisante pour utiliser et maîtriser une échelle de triage souvent complexe. Les RFE sur le triage de 2012 [1] recommandent que les IOA postés au triage aient une certaine ancienneté en SU et qu'elles reçoivent une formation au triage délivrée par des professionnels de la médecine d'urgence. Cet enseignement doit être centré sur l'échelle et le processus de triage, mais aussi sur les connaissances qui sous-tendent la bonne utilisation de cette échelle (examen clinique infirmier, soins infirmiers en situation d'urgence, aspects médico-sociaux, communication). Cette formation peut être réalisée par l'intermédiaire du centre d'enseignement des soins d'urgences (CESU) ou de diplômes universitaires. Par ailleurs, le triage est souvent réalisé par un binôme IDE/aide-soignant et ces derniers ne doivent pas être oubliés dans le processus de formation du personnel. La mise en place ou le changement d'échelle de triage est une modification importante des pratiques, ce qui nécessite une communication et une écoute importante de la part des décideurs. L'utilisation d'une échelle de triage est recommandée [1] pour tous les patients se présentant en SU. Toutes les échelles décrites ont le même fonctionnement de base qui est de dépister en premier lieu le patient instable. Si les différentes échelles de triage ont en commun certaines caractéristiques, elles ont également en commun certains défauts. Ainsi, on observe fréquemment une tendance à trier trop facilement les patients en niveau trois. C'est en particulier le cas lorsqu'un doute existe ou en cas de forte affluence au triage. De même, certaines catégories de patients sont moins bien triées que d'autres ou bien leur niveau de triage est moins respecté. C'est souvent le cas des personnes en situation de fragilité, de précarité ou les personnes âgées. Dans une étude portant sur plus de 300 000 patients, Freund et al. [6] ont objectivé un dépassement plus fréquent du délai préconisé par le niveau de triage (risque relatif de 1,2) pour les patients de plus de 75 ans par rapport aux moins de 75 ans. Les recommandations de la SFMU rappellent que le triage doit être effectué en toute neutralité, sans discrimination vis-à-vis du malade ou du motif de recours au soin. L'évaluation de l'échelle de triage, après sa mise en place, peut-être réalisée selon différents procédés. D'un simple questionnaire s'inscrivant dans une évaluation des pratiques jusqu'à des études plus ambitieuses, l'évaluation est indispensable pour révéler de manière objective les qualités et les défauts de l'échelle et du triage. L'adaptation de l'échelle de triage, et du processus de triage en général, découlera de l'évaluation précédemment

réalisée. De plus, les pratiques et la population consultant aux SU évoluent. D'éventuelles mesures correctrices et une adaptation sont parfois nécessaires.

Références

- [1] Claret PG, Segal N, Maignan M, Maillard-Acker C, Taboulet P, Carpentier F, et al. Le triage en structure des urgences. *Ann Fr Med Urg.* 2014;4:196–200.
- [2] McHugh M, Tanabe P, McClelland M, Khare RK. More patients are triaged using the Emergency Severity Index than any other triage acuity system in the United States. *Acad Emerg Med.* 2012 Jan;19(1):106–9.
- [3] Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010 Dec;107(50):892–8.
- [4] Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *J Emerg Nurs.* 2002 Oct;28(5):395–400.
- [5] Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Acad Emerg Med.* 2000 Mar;7(3):236–42.
- [6] Freund Y, Vincent-Cassy C, Bloom B, Riou B, Ray P, APHP Emergency Database Study Group. Association between age older than 75 years and exceeded target waiting times in the emergency department: a multicenter cross-sectional survey in the Paris metropolitan area, France. *Ann Emerg Med.* 2013 Nov;62(5):449–56.

3.5 Une grille de tri pour l'IOA : la French Emergency Nurses Classification in-Hospital (FRENCH)

Sybille Goddet, Sandra Bernard, Jean-Marie Bonnec, Perrine Boursin, Bahram Chaybani, Romain Dufau, Alban Guibert, Romain Hellmann, Claire Maillard-Acker, Carole Paquier, Catherine Pradeau, Guillaume Ranchon, François Revaux, Patrice Serre, Pierre Taboulet, Christophe Vincent-Cassy, Youri Yordanov et Carlos El Khoury pour la Commission Evaluation Qualité de la SFMU.

Pour répondre à l'appel des auteurs des recommandations formalisées d'experts « Le triage en structure des urgences » (2013), la Commission Evaluation Qualité (CEQ) de la SFMU a fait évoluer l'échelle CIMU de Tri infirmier. La « FRENCH » (French Emergency Nurses Classification in Hospital) est une échelle à six niveaux. En plus d'aider à repérer les urgences vitales, elle permet de répondre à des besoins organisationnels avec la maîtrise des délais de prise en charge, à des besoins de formation en proposant un format pédagogique, et à des besoins institutionnels en identifiant des parcours cliniques.

Les six niveaux de Tri de la FRENCH sont décrits dans le tableau 1, du Tri 1 (le plus sévère) au Tri 5 (consultations simples). Les ressources nécessaires à la prise en charge, la probabilité d'hospitalisation et le temps d'attente souhaités sont affichés à titre informatif. La nouveauté majeure réside dans le dédoublement du tri 3, en Tri 3A et en Tri 3B, afin de mieux tenir compte de la complexité de cette catégorie. Les tris 3A et 3B permettent par exemple d'identifier et distinguer les patients ayant déjà consulté auprès d'un médecin avant de se rendre aux urgences (patients adressés) ou les patients présentant des comorbidités en lien avec le motif de recours.

Tableau 1 : Description générale des niveaux de tri.

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (Infirmière + Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) lourde(s) ou patient adressé**	Dans les 24 heures	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis infirmière si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité lourde	Dans les 24 heures	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis infirmière si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis infirmière si besoin	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	0%	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé le jour même par un médecin ou situation médicale complexe en raison de comorbidité(s) lourde(s)

A chaque motif de recours aux urgences correspond un niveau de Tri médian défini par un consensus d'experts, il s'agit donc d'un niveau de tri a priori.

	Tri-m	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite	4				Signes locaux francs ou siège proximal (Doppler)	Signes locaux modérés ou siège distal (Doppler)	

Ce tri a priori est ensuite ajusté à l'aide de divers éléments, ou modulateurs du tri, recueillis par l'IOA pendant son examen clinique tels que les paramètres vitaux, les données circonstancielles, les facteurs déclenchants, le/les mécanismes de survenue, ou enfin les comorbidités (tableau 2). Ces modulateurs vont donc aider à affiner le niveau de tri, et ainsi permettre d'aboutir à un tri a posteriori, qui sera du même niveau, au-dessus ou en dessous du tri a priori suggéré par les experts.

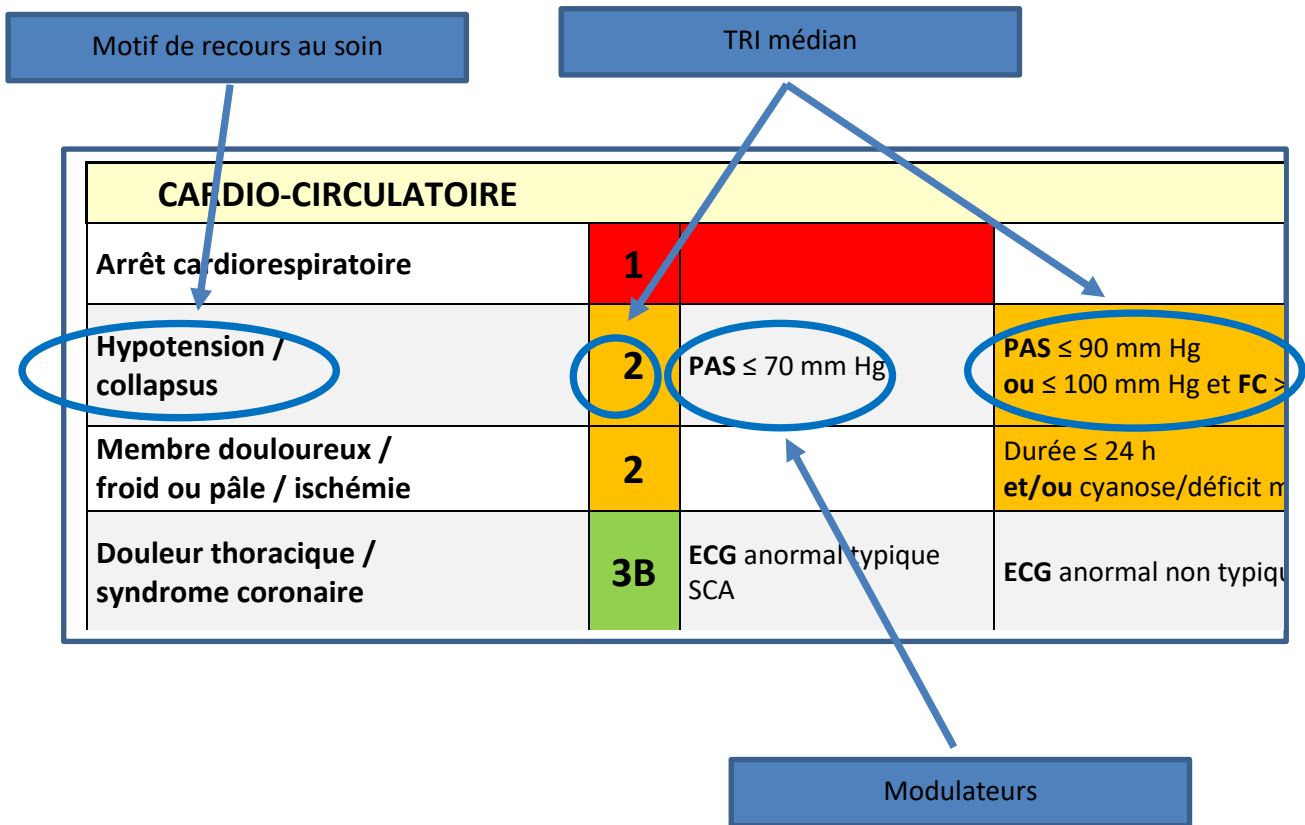


Tableau 2 : Exemple de modulateurs adulte

	Tri 1	Tri 2	Tri 3
Fréquence Cardiaque (batt/min)	> 180 ou < 40	130 - 180	
PAS basse (mmHg)	< 70	70 - 90	
Shock index		> 1	
Fréquence Respiratoire (/min)	> 40		
SpO2 (%)	< 86	86 - 90	91-94
Glycémie (mmol/l)		≤ 20	> 20
Glasgow Coma Scale	≤ 8	9 - 13	14

L'évaluation d'une nouvelle échelle étant indispensable à sa mise en œuvre, une étude de fiabilité - reproductibilité de la FRENCH a été menée en janvier 2016 auprès de 16 IOA. Au cours de cette étude, la reproductibilité inter-opérateur a été estimée comme étant bonne (kappa ajusté = 0.78 ; IC95% : 0.71-0.83) et la reproductibilité intra-opérateur a été classée comme excellente (kappa ajusté = 0.88 (95% IC : 0.80-0.94; IC95% : 0.71-0.83).

L'échelle a été mise en place dans les services d'urgence de deux hôpitaux : Saint Louis (AP-HP 75) et Vienne (38). Les analyses mettent en évidence une bonne adéquation entre les niveaux de tri et des critères tels que les taux d'hospitalisations, le devenir des patients ou encore les consommations de ressources.

Cette échelle fait l'objet d'un e Learning (Moodle) proposé par la CEQ de la SFMU pour tous les infirmiers exerçant le poste d'IOA.

Bibliographie

Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, Poncet MC. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med.* 2009; 16:61-7.

Claret P-G, Segal N, Maignan M, Maillard-Acker C, Taboulet P, Carpentier F, Honnart D. Le triage en structure des urgences. *Ann. Fr. Med. Urgence* (2014); 4:196-200

4. Architecture et conditions d'exercice

Claire Maillard-Acker (Paris), Marc Smounya (Besançon)

L'architecture est un élément essentiel de l'organisation des Structures d'Urgence (SU). Bien pensée elle permet un accueil sécurisé et participe à la fluidité des prises en charge.

Les SU sont en permanence sous pression, l'affluence en constante augmentation [1]. Le lieu d'accueil favorisera, ou non, le calme et l'apaisement de ce service tendu [2].

L'architecture aura un double objectif, permettre une organisation optimale du service et créer les conditions de calme.

De nombreux paramètres sont à prendre en considération pour y arriver.

Les structures en cours de réaménagement et, bien sûr, ceux en reconstruction se doivent de tenir compte des facteurs que nous allons décrire plus bas.

1. La structure d'urgence.

La situation du service est facilement repérable. Il est identifiable et aisément accessible, que ce soit pour les piétons ou les ambulances et autres. Le chemin d'accès est identifié par un affichage, fléchage ou marquage au sol.

La SU n'est pas un lieu de passage. Il n'est pas traversé par des collègues de l'hôpital ou des visiteurs.

Les différentes zones de travail sont identifiées : accueil, zones de soins, Salle d'Accueil des Urgences vitales (SAUV), circuit court, long. Les organisations propres à chaque service doivent être prises en compte dans l'architecture. Dans la zone de soins les box sont polyvalents, on y reçoit aussi bien la traumatologie que les cas de médecine, circuits courts, circuits longs.

La notion sécurité entre en compte dans la conception des locaux. Enfin la surveillance et la confidentialité sont des éléments majeurs de la réflexion dans la conception d'une SU ; Ces deux points seront particulièrement développés pour le poste d'accueil.

2. La zone d'accueil.

La zone d'accueil se doit de

- De garantir la qualité des soins
- Assurer la sécurité du patient, de ses accompagnants, des personnels
- Etre accessible à tous les patients et accompagnants
- Permettre confidentialité et intimité
- Permettre la surveillance de(s) la salle(s) d'attente
- Faciliter les rapports entre accueil administratif et soignant

Le secteur de tri est le plus proche possible de l'entrée des ambulances et du lieu d'inscription des arrivants, de la salle de déchoquage, de la/les salles d'attente. Les toilettes doivent être dans l'environnement proche du secteur de tri.

L'architecture a une influence directe sur les usagers et les personnels des services d'urgences. Elle favorise la réponse à deux attentes : un cadre sécurisant et le besoin d'écoute pour les premiers, fonctionnalité et efficacité pour les seconds. Quelques conditions techniques faciliteront la prise en compte de ces besoins. Une ambiance générale apaisante est recherchée par le choix des couleurs. L'attention portée à l'acoustique et à l'éclairage provoqueront ou non l'apaisement.

L'organisation des locaux, permet une organisation fonctionnelle, rationnelle, du travail de l'IOA, véritable chef d'orchestre de l'accueil.

Elle dispose d'un box équipé permettant la confidentialité. [3] Elle peut y recevoir les patients « piétons » comme les alités, un brancard peut y rentrer. Dans le cas contraire, L'IOA dispose d'un lieu, confidentiel ou elle peut recevoir les patients couchés.

La(es) salle(s) d'attente est (sont) dans la zone d'accueil, elle(s) est (sont) facilement visible(s) par l'IOA. Celle-ci s'y rend pour accueillir les patients. En fonction de l'organisation du service, elle a aussi la responsabilité de ceux qu'elle a déjà vus et qu'elle y a réinstallés.

Dans la plupart des services, l'accueil administratif précède l'accueil soignant, l'IOA doit être en contact rapidement avec la personne.

L'architecture doit tenir compte des déplacements qu'elle fait entre le box d'accueil, les salles d'attente, l'accueil administratif. Sa circulation doit être fluide.

Un circuit pour les suspicions de pathologie virale, plus largement prise en charge NRBC est identifiable et utilisable. L'IOA peut déclencher son utilisation

L'IOA se tient nécessairement dans la zone d'accueil et de tri. Elle voit tous les patients conformément aux textes en vigueur relatifs à l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences. Elle les accueille, les évalue, hiérarchise les ordres de passage, décide du lieu de soins adapté à leurs besoins. Elle les surveille, les informe. [4]

Pour remplir ces missions, l'IOA se situe au centre d'une articulation cohérente entre les différents secteurs du service d'urgences :

- 1) La zone d'accueil comprenant la zone d'admission, le box d'accueil, la (les) salle(s) d'attente.
- 2) La zone de soins comprenant les boxes de soins, la Salle D'accueil des Urgences Vitales (SAUV), un poste central. La salle d'attente couchée est parfois située dans cette zone

2.1 La zone d'admission

Quel que soit le mode d'arrivée des patients, ceux-ci doivent obligatoirement converger vers un lieu d'accueil unique associant l'IOA, le secrétaire d'accueil (ou aide-soignant), les brancardiers d'accueil, les ambulanciers quand le service est couplé avec un SMUR. L'architecture doit conduire naturellement le nouvel arrivant vers l'IOA.

- Cette zone se situe au centre des différents lieux de prise en charge afin de pouvoir en assurer la surveillance ;
- Elle doit être proche de la zone d'arrivée des ambulances (si possible visible par une fenêtre), de la SAUV ; La réserve de brancards et de fauteuils roulants est proche.
- Elle dispose d'un système sécurisé d'ouverture de portes, rendant les accès au service contrôlables (en particulier la nuit) et de boutons d'appel d'urgence à des emplacements stratégiques (lien direct avec le service de sécurité de l'établissement ou des forces de l'ordre police/gendarmerie). L'architecture doit protéger les personnels de l'accueil des actes de violence de certains usagers ou de leurs accompagnants ;

- Son accès est aisé (places de stationnement, arrêt de bus...) et facilement identifiable (affichage, éclairage) ;
- Elle est accessible à tous, notamment aux personnes handicapées ou à mobilité réduite ;
- Elle permet la confidentialité et le respect de la personne ;
- Le bruit provenant des salles d'attente et de soins est contrôlé afin d'optimiser les conditions d'accueil et la confidentialité. Température, air conditionné et courant d'air sont parfaitement régulés ;
- Son équipement est facilitateur de communication (téléphone, interphone, outil de communication informatisé) ;
- Chaque poste de travail doit être étudié dans les règles d'hygiène, et d'ergonomie et équipé d'outil informatique. Les matériaux sont solides, confortables, attrayants et faciles d'entretien ;
- Si possible le flux des patients doit être géré à sens unique, la sortie est distincte de l'entrée (ainsi les caisses dédiées au service d'urgences se situent à la sortie).

2.2 Le box d'accueil

Il se situe dans le prolongement logique de la zone d'admission. Il est le lieu du premier contact thérapeutique avec le patient. Il permet la mise en place de la relation soignant soigné. Bien fait, il rassure le patient et augure d'une bonne relation de soins, la patience.

Mal réalisé, c'est la porte ouverte à un patient qui pourra sursolliciter l'IOA, au mieux ultra demandeur au pire violent. La consultation des protocoles et d'une grille de tri doit y être possible.

Ce secteur doit permettre le passage d'un brancard, garantir la confidentialité, le respect de la personne accueillie, permettre un entretien individualisé et l'évaluation qui mène au triage. Pour ce faire, l'équipement matériel comprend : du matériel pour la prise des différents paramètres, du matériel de premiers soins, (ex : savon, compresses, désinfectant), du matériel d'antalgie (ex : glace, écharpe, coupe bague).

Ce secteur doit être équipé d'un point d'eau, accessible au patient (pour savonnage des plaies de main par exemple).

2.3 La salle d'attente des patients "debout"

Elle est visible pour l'IOA, elle peut s'y rendre facilement

Elle est distincte de la salle d'attente patients « couchés ».

Elle doit répondre à des besoins d'apaisement, de confort. L'IOA doit avoir une vue directe sur cette zone afin d'en assurer la surveillance (contrôle visuel permettant de repérer le patient qui se dégrade ou s'agite, contact avec les patients et accompagnants).

Cette structure doit être conçue à dimension humaine, c'est-à-dire permettre un certain isolement des zones actives (confidentialité, pudeur), sans engendrer un sentiment d'isolement ou d'abandon (source d'anxiété et d'agressivité). Des couleurs douces, un éclairage chaleureux,

Des toilettes sont à disposition ainsi qu'un accès à un service de restauration minimal pour les accompagnants.

Idéalement il existe un box permettant de recevoir une famille, de recevoir une personne agressive, afin de la calmer au cours d'un colloque singulier).

Il existe une zone à l'écart (ce peut être ce box) pour faire attendre les patients amenés par les forces de l'ordre ou autre cas nécessitant un isolement.

2.4 La salle d'attente des patients "couchés"

C'est un des lieux d'attente des patients après évaluation de l'IOA. Dans ce cas de figure, il s'agit de patients à surveiller ou qui auront besoin de soins de confort (bassin...) mais dont le degré de gravité autorise une attente avant la consultation médicale. A ce stade, seul l'IOA a vu ces patients, elle en est responsable, sauf si une autre organisation existe dans le service (transmissions aux IDE des box).

L'équipement de cette zone comprend : une arrivée de fluides (O₂, air, vide), un nécessaire à la surveillance des paramètres vitaux.

L'éclairage doit être chaleureux et indirect (attention aux plafonniers qui éblouissent les patients allongés !). Les courants d'air de l'entrée principale et de l'arrivée des ambulances, la température et l'air conditionné, le bruit provenant des autres zones, doivent être contrôlables efficacement.

Le parc de brancards doit correspondre à l'occupation moyenne quotidienne de cette salle.
Un nécessaire d'hygiène est prévu : chariot à linge, haricots, urinaux, bassins, produits d'entretien et de toilette.

Références

- [1] Rapport DRESS Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013
- [2] Recommandations de la SFMU sur l'architecture des services d'urgences SFMU 2004
- [3] Décret no 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence
- [4] Circulaire du 14 mai 1991_n° D.H.4B / D.G.S 3 E 91-34 portant sur l'organisation des services d'urgence.

5. Formation

Véronique Brunstein (Strasbourg)

Par ses activités spécifiques, le poste d'IOA diffère de celui de l'infirmier des urgences, qui effectue des soins dans le cadre d'une prise en charge globale des patients au sein du service.

Cela implique de faire le deuil de certaines activités de soins pour aller vers des missions d'accueil et d'organisation. Ces missions requièrent un apprentissage par compagnonnage, mais également dans le cadre d'une formation adaptée aux besoins des participants.

Définir une action de formation à destination des IOA implique au préalable de répondre à certaines questions [1] :

1. Quel est le besoin de formation, quel est le public ?
2. Quels sont les objectifs visés ?
3. Comment formaliser le dispositif : choix des contenus et des modalités pédagogiques
4. Comment anticiper l'évaluation de la formation et son impact sur le développement des compétences des participants ?

1. Le besoin de formation, le public

Il s'agit du besoin du participant, mais également celui de l'institution. L'analyse des besoins s'appuie sur la définition des missions de l'IOA, qui fait suite à une analyse des situations de travail, ainsi que sur les recommandations de la SFMU concernant le tri aux urgences [2]. La formation s'adresse à des IDE ayant au minimum six mois d'expérience en structure d'urgence, et préférentiellement un an. Cette expérience peut varier selon l'activité de la structure d'urgence (nombre de passages par jour), l'ancienneté et l'expérience de l'infirmier (premier poste aux urgences ou expérience professionnelle préalable). L'avis de l'encadrement est requis pour évaluer les compétences des infirmiers, mais également ses motivations pour intégrer un poste d'IOA.

Hormis l'expérience professionnelle, des prérequis sont indispensables avant d'intégrer un poste IOA et de participer à la formation. Ils sont évalués par le cadre du service en partenariat avec le chef de service. Ces prérequis portent sur la connaissance de la fiche de

poste de IOA, de la grille de tri utilisée dans le service, de la maîtrise des soins d'urgence validée par l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU2).

Un accompagnement sur le poste de travail de quelques journées, sous la forme d'un compagnonnage assuré par un pair expérimenté, est préconisé avant la participation à la formation. La découverte de l'activité en situation professionnelle permettra de créer de l'expérience et de susciter des questions, et ainsi, d'adapter la formation aux réels besoins des participants. Un apprentissage réussi doit permettre de résoudre des problèmes professionnels en **comblant l'écart entre la situation actuelle et la situation visée**. Ne perdons pas de vue que la formation doit permettre de développer des compétences qui seront mobilisées en situation professionnelle.

2. La déclinaison des objectifs de formation

La définition des objectifs d'apprentissage résulte directement des résultats attendus de la formation et nécessite de s'interroger sur « *Qu'est-ce que je veux que les participants sachent faire à l'issue de la formation ?* » [3]

Les missions définies de l'IOA nous permettent de cadrer les résultats attendus et de formuler l'objectif global de la formation de la façon suivante : « *Assurer une prise en charge optimale du patient à l'arrivée aux urgences, tenant compte du degré d'urgence, des signes cliniques et paracliniques, des besoins du patient et de sa famille, tout en assurant une communication adaptée* »

Nous pouvons également décliner les objectifs complémentaires en tenant compte des missions spécifiques « Accueil » et « Tri », ainsi que des recommandations des experts concernant le contenu de la formation : « *Les experts recommandent que l'enseignement contienne des axes de formation centrés sur l'examen clinique infirmier, le processus de triage, les sciences humaines, les soins infirmiers en situation d'urgence, la connaissance des cadres administratifs et législatifs, et les aspects médico-sociaux.* »

2.1 Thèmes et objectifs

Les missions de l'IOA et l'organisation du travail

- Identifier les missions de l'IOA

- Définir le cadre réglementaire et les recommandations des sociétés savantes concernant l'exercice en structure d'urgence
- Expliquer les différentes modalités d'admission en structure d'urgence
- Identifier les responsabilités de IOA au regard de ses missions
- Organiser son travail
- Identifier la place des structures d'urgence dans le contexte actuel de l'offre de soins

L'accueil

Le ministère des Solidarités et de la santé définit l'accueil comme étant le premier soin que l'infirmier doit assurer auprès de toute personne entrant dans un établissement de santé et qu'il conditionne souvent la perception globale du séjour à l'hôpital. L'accueil doit permettre au patient et à ses proches d'être en confiance, informés et écoutés. [4]

- Accueillir le patient et son entourage
- Respecter les règles de confidentialité dans l'environnement
- Etablir une communication adaptée avec le patient et sa famille en donnant les informations nécessaires et en vérifiant la compréhension de ces derniers
- Installer le patient dans la position adaptée en tenant compte de sa douleur et de son problème de santé

Le tri

- Réaliser un examen clinique infirmier
- Rechercher les éléments cliniques mesurables et observables, en priorisant selon l'état du patient
- Identifier les signes de gravité chez un patient
- Assurer les soins nécessaires en situation d'urgence
- Utiliser la grille de tri après avoir effectué le recueil d'informations
- Diriger vers le lieu de soins adapté en concertation avec le MAO

Le travail en collaboration

- Transmettre les informations pertinentes au MAO ou médecin référent de l'accueil
- Communiquer efficacement avec les différents professionnels du service d'aval et s'assurer que le message a été compris

3. La formalisation du dispositif

3.1 L'organisation

La formalisation du dispositif de formation nécessite de tenir compte des contraintes et des ressources.

Les contraintes : Le contexte de tension des établissements de santé ne permet pas de libérer les agents sur une période longue. Néanmoins, au vu des objectifs visés, la durée de la formation doit idéalement être au minimum de trois jours, consécutifs ou non. L'organisation discontinue permet d'organiser un temps de retour d'expérience à distance des premiers jours de formation.

Les ressources : Il est conseillé de s'appuyer sur des structures de formation ayant une compétence en ingénierie de formation, comme les centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), l'université ou d'autres structures agréées. Les équipes pluriprofessionnelles des structures d'urgence sont des personnes-ressources pour l'animation des séquences de formation ; médecins, infirmiers-cadres, assistant de service social et autres professionnels de santé. Pour certains aspects spécifiques, il est nécessaire d'identifier des personnes expertes comme les juristes, psychologues, sans toutefois morceler la formation en juxtaposition d'interventions. La formation peut s'organiser soit en groupe homogène de soignants d'un même établissement, soit en groupe hétérogène. Dans le deuxième cas, les échanges seront probablement plus riches, mais ceci nécessitera une adaptation plus importante des formateurs au groupe.

3.2 Les modalités pédagogiques

La formation IOA doit tenir compte des principes d'apprentissage de l'adulte et s'appuyer ainsi sur les courants pédagogiques tels que le constructivisme et le socioconstructivisme, décrits par des auteurs tels que PIAGET, LEGENDRE et VYGOTSKY, qui soulignent en particulier que l'apprentissage :

- se réalise en étant actif, mais également dans les interactions avec les autres. Lev Vygotsky écrit que « *l'interaction sociale, c'est l'origine et le moteur de nos apprentissages* »
- doit tenir compte des représentations antérieures des participants
- est favorisé quand il est contextualisé, le contexte devant être le plus proche possible du milieu d'exercice professionnel
- s'appuie sur les trois registres de connaissance qui sont les connaissances déclaratives (le quoi), conditionnelles (le quand et le pourquoi) et procédurales (le comment) [5]

André GIORDAN [6] définit l'apprentissage comme « *une activité d'élaboration de sens* » comprenant l'action, le questionnement, la confrontation à la réalité et aux autres, l'expression et l'argumentation.

Au regard de ces considérations, nous vous recommandons d'utiliser des techniques de pédagogie active, telles que :

- des temps d'analyse de pratique favorisant l'émergence des représentations antérieures et la réflexivité
- des travaux de groupe permettant la réflexion et l'argumentation
- des séquences de simulation en santé authentiques reconnues comme fidèle au contexte [7-8]
- des séquences d'analyse de cas clinique

Les participants devront ainsi passer plus de temps à apprendre que le formateur à enseigner. Tenant compte de l'expérience professionnelle, les activités proposées devront permettre de faire le lien entre :

- ce qui est commun entre les situations de soins d'aval et les situations au poste d'accueil et d'orientation
- ce qui est commun entre les différentes situations professionnelles
- ce qui diffère

3.3 Le contenu

Le contenu de la formation doit être en lien avec les objectifs visés et nécessite parfois de faire le deuil de certaines notions moins importantes.

3.4 Le scénario pédagogique

Pour formaliser le dispositif de formation, l'utilisation d'un guide animateur permet d'avoir une vision globale de la formation. Le guide animateur ou scénario pédagogique se définit comme *«un document qui se présente sous la forme d'un grand tableau. Dans ce tableau sont indiqués pour chacune des séquences pédagogiques, le processus pédagogique, les techniques et éventuellement les supports et documentation pédagogiques à remettre au stagiaire »* [9] (exemple en annexe)

4. L'évaluation des apprentissages

L'évaluation fait partie intégrante d'un dispositif de formation et se réfléchit dès le moment de la conception. Son intérêt porte sur la mesure des effets directs et indirects de la formation sur l'activité professionnelle.

Elle se compose de l'évaluation de la satisfaction des participants (niveau 1 de l'échelle de KIRCKPATRICK) grâce à questionnaire administré à la fin de la formation. Ce questionnaire recueille les impressions sur le contenu du programme, les outils utilisés, les conditions matérielles et l'animation. Nous pouvons y adjoindre l'évaluation des apprentissages et de l'atteinte des objectifs (niveau 2 de l'échelle de KIRCKPATRICK). Celle-ci peut s'organiser par une évaluation sous forme de pré test et post test mais également tout au long de la formation par les évaluations formatives lors des séances de simulation, avec une fiche d'aide à la progression, selon les recommandations de la haute autorité en santé (HAS) [10]

Ceci reste néanmoins insuffisant pour mesurer le transfert des apprentissages et l'impact de la formation sur les situations de travail. Le transfert se définit comme *« utilisation, par un individu de **connaissances, savoirs et habiletés appris en formation, dans une situation de travail...afin d'améliorer sa performance** »*. [11] L'évaluation doit s'accompagner d'un réel retour sur investissement mesuré par les indicateurs définis par la SFMU sur la qualité du triage, [1] et permettre de répondre aux questions suivantes *« Quelles sont les*

modifications sur les comportements professionnels ? » ; « Quel est l'impact sur la prise en charge ? ». Une évaluation par l'encadrement à distance de la formation s'avère indispensable. Un plan d'action personnel peut être proposé et facilite l'implication de chaque participant. Il peut être utilisé comme outil d'accompagnement et d'évaluation en situation de travail. Il se présente sous la forme d'un tableau avec une partie à compléter durant la formation et une autre à distance.

Idées clés à retenir	Actions concrètes à engager après la formation Objectifs opérationnels d'application
<ul style="list-style-type: none"> - - - - - 	<ul style="list-style-type: none"> - - - - -
Suivi des actions mises en œuvre après la formation dates et résultats	Axes de progrès
<ul style="list-style-type: none"> - - - - - 	<ul style="list-style-type: none"> - - - - -

5. L'accompagnement sur le poste de travail

Après la formation, un accompagnement sur le poste de travail par un IOA expérimenté est nécessaire. Il est assuré par un tuteur assurant une fonction définie par JM BARBIER comme « *l'ensemble des activités mises en œuvre par des **professionnels en situation de travail**, en vue de contribuer à la **production ou à la transformation de compétences professionnelles** de leur environnement, jeunes embauchés ou salariés en poste engagés dans un processus d'évolution de leur qualification* ». [12] Le tutorat a donc deux fonctions qui sont la socialisation et la formation. Le tuteur est un professionnel volontaire et expérimenté ayant des compétences pédagogiques. Il organise des entretiens réguliers avec le nouvel IOA et l'invite à analyser, réfléchir et comprendre les actions réalisées en situation

de travail. Il fait émerger les points forts et les axes d'amélioration. Le plan d'action personnalisé décrit ci-dessus représente une aide pour l'auto-évaluation.

Un entretien avec le cadre du service permet d'évaluer l'adaptation au poste de travail.

Annexe 1 Exemple de scénario pédagogique

Durée	Thème	Objectifs	Techniques pédagogiques	Intervenants	Logistique
	Missions de l'IOA	Définir les missions de l'IOA	Travaux de groupe autour des missions de l'IOA Carte sémantique permettant d'explorer les connaissances et les représentations Puis synthèse et apport théorique par diaporama	IOA MAO Cadre	Paperboard Vidéoprojecteur
	Missions de l'IOA	Identifier les responsabilités de IOA au regard de ses missions	Exposé interactif à partir de situations cliniques	Cadre Juriste IOA MAO	Vidéoprojecteur
	Accueil	Etablir une communication adaptée avec le patient et sa famille en donnant les informations nécessaires et en vérifiant la compréhension de ces derniers	Exercices de communication sous forme de jeux de rôle Point théorique sur les éléments de communication (filtres, feed back, ..)	IOA Psychologue MAO Cadre	

Durée	Thème	Objectifs	Techniques pédagogiques	Intervenants	Logistique
	Tri	Recueillir les informations cliniques et paracliniques et utiliser la grille de tri	Séance de simulation pleine échelle Scénario N° difficulté respiratoire Synthèse avec apport de connaissances	IOA MAO Cadre	Salle de simulation Recommandation sociétés savantes Grille de tri
	Tri	Utiliser la grille de tri	Vignettes cliniques à analyser en groupe Synthèse en plénière	IOA MAO Cadre	
	Communication	Travailler en collaboration et transmettre les informations pertinentes	Séance de simulation pleine échelle Scénario n° Synthèse en plénière	IOA MAO Cadre Psychologue	Salle de simulation Grille SAED Fiche observateur Fiche aide à la progression

Annexe 2 Fiche d'aide à la progression Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé

Nom et prénom de l'apprenant :	Profession :	Lieu d'exercice :	Date :
Nom et prénom du formateur :	Profession :	Lieu d'exercice :	Date :

Session de simulation 1 : « Intitulé de la session de simulation »

Séance de simulation n°1 : « Intitulé du scénario »	Séance de simulation n°2 « Intitulé du scénario »	
Rappel des objectifs pédagogiques : ----- -----	Rappel des objectifs pédagogiques : ----- -----	Rappel des ob ----- -----
Éléments acquis :	Éléments acquis :	Éléments acqu
<input type="checkbox"/> Éléments techniques : ----- -----	<input type="checkbox"/> Éléments techniques : ----- -----	<input type="checkbox"/> Éléments te
<input type="checkbox"/> Éléments comportementaux (individuels et d'équipe) : ---- -----	<input type="checkbox"/> Éléments comportementaux (individuels et d'équipe) : - -----	<input type="checkbox"/> Éléments co
Synthèse de la session de simulation		

Axes de progrès		
Ajustement de la formation nécessaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / Nécessité d'une nouvelle session de simulation sur le même sujet : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Orientation de thèmes pour une prochaine session de simulation : -----		
Actions d'amélioration à mettre en œuvre par l'apprenant : -----		
Proposition d'enquête d'impact sur les pratiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / Proposition d'évaluation de l'impact clinique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Calendrier de mise en œuvre de ces actions : -----		

Références

- [1] LEBRUN L et al Comment construire un dispositif de formation ? DE BOECK
- [2] Le triage en structure d'urgence Recommandations formalisées d'expert SFMU 2013
- [3] PELACCIA T Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? DE BOECK
- [4] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf
- [5] PELACCIA T Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? DE BOECK (page 360)
- [6] GIORDAN A Apprendre BELIN (pages 115 à 123)
- [7] VANPEE D Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des

stages d'externat <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2009/05/pmed20090330.pdf>

[8] PELACCIA T Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé ? DE BOECK (pages 176 / 255)

[9] DENNERY M Piloter un projet de formation ESF

[10] Guide des bonnes pratiques en matière de simulation HAS 2012 (page 57)

[11] ROUSSEL JF (2011) Gérer la formation viser le transfert GUERIN (page 11)

[12] BARBIER JM Recherche et Formation N° 22 19996 (page 9)

6. Evaluation

Magali Bischoff (Vienne)

Préambule

L'évaluation de la fonction IOA doit pouvoir être conduite, quelles que soient l'organisation et la taille du service en question.

Elle doit pouvoir être menée par chaque service de façon autonome. Pour pouvoir durer dans le temps, l'évaluation doit reposer sur une organisation peu coûteuse. Il faut privilégier l'emploi de données facilement disponibles, dont le recueil nécessite peu de temps, de personnels et d'investigation. Les indicateurs seront préférentiellement intégrés à l'exercice quotidien et produits de manière autonome [1]. L'utilisation de critères chiffrés permet une observation de leur évolution.

Les pistes et propositions faites dans ce chapitre sont destinées à aider les structures d'urgences à s'autoévaluer, afin de mesurer sa progression, au regard de résultats attendus ou d'objectifs fixés. Chaque service peut faire le choix d'utiliser tout ou partie des propositions, de les compléter au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux besoins, ou de faciliter d'accès à l'information.

Toute démarche d'évaluation gagne en efficacité si elle associe l'ensemble des partenaires [2] (paramédicaux, médicaux, administratifs et sociaux) dès l'étape de projet, jusqu'au partage des résultats et l'identification des propositions d'amélioration à travers un plan d'action. Dans un objectif de compréhension, les « écarts » constatés pourront donner lieu à l'utilisation d'un arbre des causes. Le plan d'action inclura la définition des mesures correctrices, un calendrier prévisionnel, des outils de communication, et outils de développement professionnel continu (DPC) et d'amélioration des pratiques professionnelles.

Les propositions qui suivent relèvent d'une part d'une évaluation de processus (activité et moyens), et d'autre part d'une évaluation de résultats.

Les références bibliographiques sont citées dans le texte et regroupées en fin de chapitre. D'autres sources documentaires [3-4] ont participé à l'élaboration des tableaux ci-après.

1. Indicateurs d'activité – tableaux de bord

Critère - Indicateur	Modalité de calcul	Observation
Nombre et répartition de passages annuels selon l'âge : <ul style="list-style-type: none"> - Total - < 1 an - < 15 ans - > 75 ans 	Résumé de passage aux urgences (RPU)	
Moyenne horaire : <ul style="list-style-type: none"> - Sur 24 h - Jour, nuit, semaine, WE 	Système Informatique du Service d'Urgences (SISU)	Au-delà de 5 patients par heure, l'IOA doit être en permanence disponible pour le tri. Au-delà de 8 patients par heure, un renfort doit être prévu (à moduler selon missions confiées à l'IOA)
Nombre et répartition de passages annuels selon motifs de recours	SISU	A adapter selon grille de tri utilisée
Nombre et répartition de passages annuels selon niveau de tri	SISU	A adapter selon grille de tri utilisée
Nombre annuel de patients partis sans avis médical	SISU	

2. Indicateurs de moyens et d'organisation

Critère – Indicateur	Modalité de calcul	Observation
Il existe une fiche de poste IOA dans le service	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Recommandé
Si oui, intègre-t-elle les préconisations du référentiel IOA ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Recommandé
Si oui, les missions IOA sont-elles conformes aux préconisations du référentiel IOA ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Recommandé
Support de traçabilité	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Informatique <input type="checkbox"/> Papier	L'activité IOA doit être tracée sur informatique
Support identique que SU (dossier patient) ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Impératif
Nombre de niveaux de tri ?	Observation / déclaratif	Impératif : 4 à 6
La grille de tri définit-elle pour chaque niveau, un délai maximum d'attente avant PEC médicale ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Impératif
En cas de dépassement du délai d'attente prévisionnel, est-il pratiqué une réévaluation sommaire ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Recommandé
Au terme du triage, le patient ou son entourage est-il informé du délai d'attente prévisionnel ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Recommandé

Critère – Indicateur	Modalité de calcul	Observation
<p>Nombre d'IDE dans le service</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectifs physiques au 31/12 - ETP moyens mensuels travaillés sur l'année - Postes vacants (ETP) au 31/12 		
<p>Existence d'une modalité particulière basée sur l'expérience de travail en SU pour accéder à la fonction IOA</p> <p>- décrire</p>	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Description</p>	<p>Recommandé : ancienneté aux urgences d'un an idéalement, 6 mois minimum</p>
<p>Nombre d'IDE formées au tri au 31/12</p>	<p>Concerne les effectifs physiques au 31/12</p>	
<p>Taux de formation au tri</p>	<p>= (Nombre d'IDE formées au tri / Effectifs physiques) au 31/12</p>	
<p>Descriptif de l'équipe IOA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pyramide des âges - % de + de 55 ans - % ancienneté < 5 ans - % ancienneté > 15 ans 		
<p>Couverture de la journée par l'IOA :</p> <p>Taux de couverture de la journée par l'IOA :</p>	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours</p> <p><input type="checkbox"/> Certains jours</p> <p>Nombre d'heures médian de présence IOA par 24 h (sur l'année)</p>	<p>Impératif : fonction IOA assurée 24h/24</p>

Critère – Indicateur	Modalité de calcul	Observation
Modalités de l'activité IOA : - Exclusif - Roulement <input type="checkbox"/> SAU <input type="checkbox"/> UHCD <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Autre :	Observation / déclaratif	Il est recommandé que la fonction IOA soit exercée en alternance, par l'ensemble de l'équipe infirmière répondant aux critères d'exercice Définir si l'alternance vaut pour une journée de travail ou une autre période de temps
L'IOA peut se faire remplacer à sa demande	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'IOA dispose d'un lieu individualisé et de conditions de prise en charge assurant la confidentialité	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Impératif
L'IOA dispose du matériel nécessaire à l'évaluation et au tri	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Définir la liste de matériel nécessaire
En cas de besoin, l'IOA peut être aidé pour l'installation du patient et son maintien en sécurité	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
L'IOA est accompagné(e) d'un personnel administratif pour l'enregistrement du consultant	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui 7j/7 - H24 <input type="checkbox"/> Oui partiellement <input type="checkbox"/> Non	Recommandé

Critère – Indicateur	Modalité de calcul	Observation
<p>Existence d'un procédure/protocole interne pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un ECG - Douleur - Cardiovasculaire - Asthme - Neuro - Sepsis - Risque de contamination - Autre 	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Parmi ces procédures / protocoles, existe-t-il un dispositif permettant, après validation médicale, de réorienter les patients qui ne nécessitent pas de prise en charge au sein du service d'urgences ?</p> <p>Existe-t-il une traçabilité de cette réorientation ?</p>	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	Souhaité
<p>L'organisation prévoit-elle l'accès immédiat de l'IOA à un médecin référent sénior ?</p>	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	Impératif
<p>Proportion d'IOA ayant bénéficié d'une formation continue dans les 12 mois précédents (FC, DPC, Congrès)</p>	<p>Observation / déclaratif</p> <p>= (Nombre d'IOA ayant bénéficié d'une formation / effectif physique IOA) au 31/12</p>	
<p>Nombre d'actions d'évaluation menées par IOA ± encadrement dans les 12 mois précédents</p>	<p>Observation / déclaratif</p>	

Critère – Indicateur	Modalité de calcul	Observation
Existence d'un score de tension aux urgences ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, est-il accessible aux IOA ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Présence d'un dispositif de disponibilité et/ou de gestion des lits dans l'établissement ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, est-il accessible aux IOA ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Participation des IOA à la dispensation d'actions de formation ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Participation des IOA à des études ou protocoles de recherche clinique ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Existe-t-il un dispositif de recueil des événements indésirables pour l'activité d'accueil ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, inclut-il une approche médico-soignante dont IOA (analyse, correctifs, ...) ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Un questionnaire de satisfaction des patients est-il proposé aux urgences ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, concerne-t-il la fonction accueil ? A-t-il donné lieu à des évolutions ?	Observation / déclaratif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3. Indicateurs de résultats

Critère - Indicateur	Modalité de calcul	Observation
Temps médian d'attente de prise en charge par IOA <ul style="list-style-type: none"> - Global - Par filière 	Délai entre heure d'admission et début de la prise en charge par IOA	Recommandé : < 10 minutes Au-delà de 20 minutes, il faut doubler l'IOA.
Temps médian de prise en charge par IOA [5] <ul style="list-style-type: none"> - Global - Par filière 	Délai entre heure de début et heure de fin de la prise en charge par IOA (orientation selon tri)	Recommandé : 5 à 6 minutes
Temps médian premier contact médical <ul style="list-style-type: none"> - Global - Par filière 	Délai entre heure de fin de la prise en charge par IOA (orientation selon tri) et début de médicalisation	Permet d'observer l'organisation globale de l'accueil et l'efficacité de la communication interne
Pourcentage de prise en charge dans les délais indiqués par le triage <ul style="list-style-type: none"> - Global - Par filière 	Audit de dossiers	Analyse en binôme médico-soignant
Taux de concordance entre orientation IOA et taux d'hospitalisation	Audit de dossiers	Analyse en binôme médico-soignant

Critère - Indicateur	Modalité de calcul	Observation
<p>Taux de remplissage des données IOA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Global - Par filière <p>Pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par Motifs de recours - problème de santé - Caractéristiques des symptômes / plaintes - Circonstances / Anamnèse - Antécédents - Traitements en cours - Mesure des paramètres vitaux et identification des signes cliniques 	Audit de dossiers	<p>Nombre de dossiers à auditer selon activité du service. Une dizaine de dossiers doivent au minimum être pris en compte [6]</p> <p>Une analyse selon le mode d'arrivée (régulé, adressé par MT, arrivée spontanée) peut être proposée.</p>
<p>Connaissance du score de tension par l'IOA (si existence)</p>	<p>Déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Nombres de plaintes par année, liées à l'activité IOA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erreurs - Défaut d'organisation - Déficit de communication 		
<p>Indicateur qualité <i>Douleur</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'échelles d'hétéroévaluation adaptées au public ? - Traçabilité de l'évaluation ? - Application du protocole ? - Traçabilité de la réévaluation ? 	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Audit de dossiers</p>	Impératif

Critère - Indicateur	Modalité de calcul	Observation
<p>Indicateur qualité <i>Cardiovasculaire</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de patients admis pour douleur thoracique ayant eu un ECG dans les 10 minutes suivant son arrivée - Délai de présentation de l'ECG à un médecin 	<p>Audit de dossiers</p> <p>Délai entre heure d'admission et réalisation de l'ECG</p> <p>Délai entre réalisation et présentation du tracé (lecture/interprétation médicale)</p>	<p>Reflète la qualité de l'organisation du SU</p>
<p>Indicateur qualité <i>Respi</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délai médian du 1^{er} aérosol pour les patients admis pour une crise d'asthme 	<p>Audit de dossiers</p> <p>Délai entre heure d'admission et réalisation du 1^{er} aérosol</p>	<p>Reflète la qualité de l'organisation du SU</p>
<p>Indicateur qualité <i>Neuro</i> :</p> <p>Pour les patients présentant un symptôme évoquant un AVC à la phase aigüe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'utilisation d'une échelle comme la FAST par l'IOA - Délai médian de réalisation de l'imagerie 	<p>Audit de dossiers</p> <p>Nb d'évaluation de type FAST trouvés / nb d'AVC en DP (SISU et RPU)</p> <p>Délai entre heure d'admission et réalisation 1^e imagerie cérébrale</p>	

Critère - Indicateur	Modalité de calcul	Observation
<p>Indicateur qualité <i>Sepsis</i> :</p> <p>Pour les patients présentant un choc septique,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délai médian de réalisation des premiers prélèvements bactériologiques - Délai médian d'administration d'un antibiotique 	<p>Audit de dossiers</p> <p>Délai entre heure d'admission et réalisation 1^{ers} prélèvements bactériologiques</p> <p>Délai entre heure d'admission et heure d'administration du 1^{er} antibiotique</p>	
<p>Indicateur qualité <i>Risque de contamination</i> :</p> <p>Des masques adaptés sont disponibles et utilisés pour les patients à risque « air »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une procédure NRBC 	<p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Observation / déclaratif</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. (Juin 2017). *Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins*.
- [2] Healthcare Quality Improvement Partnership. (September 2016). *Best Practice in Clinical Audit*.
- [3] SFMU. (2013). *Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts*.
- [4] SFMU. (Juin 2008). *Commission Infirmière. Référentiel de Compétences Infirmier(e) en Médecine d'Urgence*.
- [5] Debaty G, El Khoury C. (2014). *Guide des outils d'évaluation en médecine d'urgence*. Paris : SFMU – Springer.
- [6] Haute Autorité de Santé. (Juin 2017). *Audit cliniques*.