

DIRECTION URGENCES EN TOUTE CONFIANCE

U

R

G

E

N

C

E

S



O

N

F

I

A

N

C

E



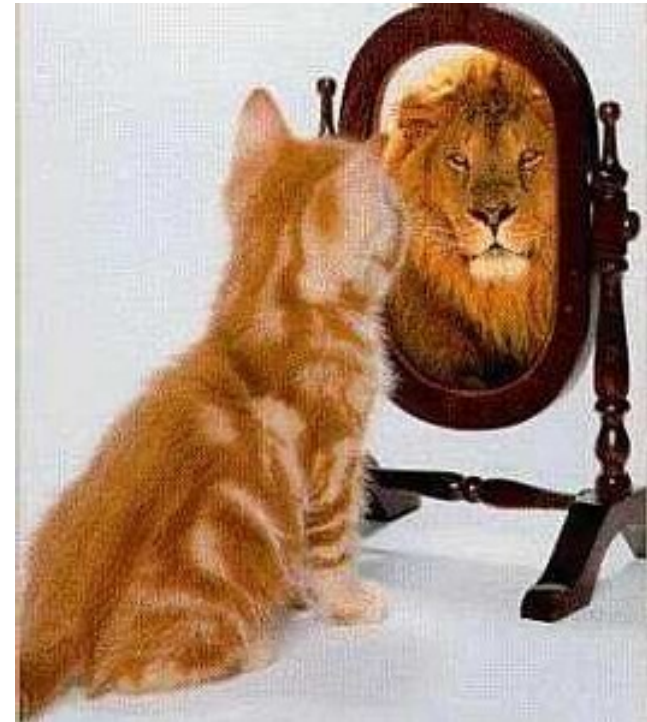
C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



CONFIANCE

- Confiance en nos ressources
- Confiance en notre processus
- Confiance en nos résultats



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Ressources humaines

- Personnel spécialisé
- Formation permanente de l'ensemble de l'équipe
 - Formations institutionnelles :
 - RCP - Manutention - Séminaires infirmiers
 - Formations propres au service
 - Ateliers permanents (plâtre , intra-osseuse , ALS...)
 - Séminaires médicaux-infirmiers
- Maintien des qualifications
 - Titre particulier
 - Badge ambulancier



Processus

Prise en charge extrahospitalière:

SMUR & confiance

- Au domicile ou sur la voie publique par l'image véhiculée auprès des patients, des proches et du public (maintenance du matériel , tenue vestimentaire ...)
- Travail d'équipe (cohésion, performance, sérieux professionnalisme)
- Respect du secret professionnel
- Déontologie



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Processus

Service d'urgences & Confiance

Enjeu majeur:

Définition de l'urgence par les **professionnels**

Au CHU on est bien reçu



Définition de l'urgence par le **patient.**



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



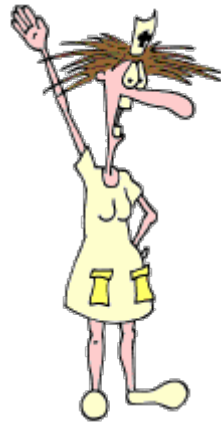
l'IOA infirmier(ère) organisateur de l'accueil

C'est l'évaluation rapide et orientée du point de vue bio-psycho-social de tous les patients se présentant aux urgences afin de déterminer par l'utilisation de l'échelle ESI (Emergency Severity Index):

- la nature de la demande de soins
- le degré d'urgence requis
- l'orientation vers le circuit le plus approprié (circuit rapide/long).

- Cette fonction s'appuie sur le Référentiel SFMU

Elle fait référence à l'Annexe IV (Arrêté Royal 21/04/2007) pour le personnel SISU



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Echelle ESI

Contrairement aux autres échelles, l'assignation d'un patient à une catégorisation n'indique pas un délai de prise en charge de plus en plus long en fonction de la diminution du degré d'urgence (et corollairement un degré croissant d'insatisfaction) mais est davantage associée à une durée probable de la prise en charge.



Echelle ESI



EMERGENCY SEVERITY INDEX ALGORHYME DE TRIAGE

Est-ce que le patient est mourant ou en choc ?
(Intubation, massage, défibrillation, remplissage, coma, bradypnée, pouls imprenable, marbré, cyanosé, Satu < 90%)

OUI



NON

Situation à haut risque de pathologie grave?
Ou
 Confusion / léthargie / désorientation récente?
Ou
 Détresse ou douleur sévère (EVA > 70/100)?

OUI



NON

A priori combien de ressources nécessaires ?

- ECG
- Bio ou EMU
- Rx
- CT scan ou RMN
- Avis spécialisé
- Remplissage vasculaire
- Médicament IV ou IM ou aérosol
- Procédure simple (suture...)
- Procédure complexe (réduction sous narcose...)

1



0



> 1

Paramètres à risque?

Age	RC	Resp	SpO2	T°
> 8 ans	> 120	> 20	< 92	> 40
3 à 8 ans	> 140	> 30	< 92	> 40
3 m à 3 ans	> 160	> 40	< 92	> 39
< 3 mois	> 180	> 50	< 92	> 38

OUI

NON



C.I



Organisation de travail

L'IOA dispose d'un local de travail comprenant :

- Un brancard
- Un poste informatique relié au service
- Du matériel pour la prise des paramètres
- Du matériel contention , pansements ...
- Une échelle de la douleur
- Emergency Severity Index
- Documents : anamnèse infirmière (macrocible d'entrée)
- Une chaise roulante



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



Tâches de l'IOA

1. ACCUEIL

- Se présenter en tant qu'IOA auprès du patient et de sa famille
- Evaluation du degré de gravité Examen infirmier
réalisation d'une anamnèse : motif d'admission (signe principal évoquant son degré d'urgence), antécédents pertinents, traitement, allergies , évaluation de la douleur.
- Si nécessaire assurer les contentions (attelles, minerves...)
- Après inspection des plaies, celles-ci seront recouvertes d'un pansement provisoire, le statut de vaccination sera notifié sur la feuille de transmission.



Tâches de l'IOA

2. ORIENTATION

L'IOA décidera en fonction du score ESI du lieu de soins le plus adapté aux besoins du patient :



Circuit rapide :

Les patients catégorisés ESI 4 /ESI 5 seront affectés au circuit rapide.

Circuit long :

Les patients catégorisés ESI 1 /ESI 2 /ESI 3 seront affectés au circuit long



Tâches de l'IOA

3. INSTALLATION

Lorsque le bilan et l'orientation du patient sont déterminés , l'IOA accompagne celui-ci dans le local approprié à sa bonne prise en charge .

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



Tâches de l'IOA

4. Information

- L'IOA informe l'infirmier du circuit déterminé , de la localisation du patient , lui transmet les informations utiles ainsi qu'au médecin référent .
- Circuit rapide
Circuit long : remise du dossier du patient , transmission orale , inscription au tableau : local , nom du patient , motif d'admission , infirmier de référence (cfr transmission orale) + **le score ESI +heure d'admission**
- L'IOA informe et rassure le patient et ses accompagnants sur l'organisation des soins, le fonctionnement du service , le délai et les raisons d'une attente éventuelle.

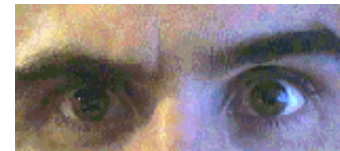


Tâches de l'IOA

5. Surveillance

L'IOA surveille les zones d'attente , localise les patients afin de répondre à toute demande.

L'IOA doit connaître en permanence l'activité du secteur de soins : occupation des salles, disponibilité des équipes , saturation des zones d'attente spécifiques.



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Résultats

Performance clinique évaluée

Top Ten

5 pathologies les plus graves

5 pathologies les plus fréquentes



Evaluations régulières par un suivi des dossiers (présence de critères de qualité définis)



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



Arrêt cardiaque : utilisation du formulaire Utstein Style Report

L'European Resuscitation Council recommande l'utilisation systématique de l'Utstein Style Report pour pouvoir comparer les prises en charge de l'arrêt cardiaque.

Il décrit d'une manière standardisée l'ensemble de la prise en charge et permet donc de la comparer aux recommandations en vigueur.



Polytraumatisme : délai door to total body scan > 10 et < 45 minutes

Il est généralement admis qu'un patient polytraumatisé doit être admis là où il reçoit son traitement décisif (salle d'op ou angio) endéans l'heure qui suit son admission (« Golden Hour »).

Si un Total Body Scan est nécessaire, ce CT scan doit donc être réalisé maximum 45 minutes après l'admission vu le temps nécessaire pour les reconstructions, interprétation, décision et transport intra-hospitalier.



C.H.U. de Charleroi

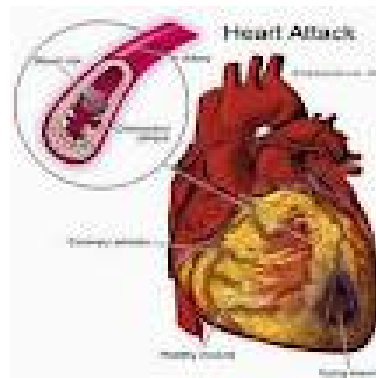
20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Infarctus du myocarde STEMI : délai door to needle < 90 minutes

Le délai de reperfusion est le facteur principal améliorant la survie de l'infarctus STEMI.

Les guidelines internationales recommandent clairement un délai < 90 minutes



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Accident Vasculaire Cérébral : utilisation NIH stroke scale

Le premier critère de thrombolyse de l'AVC est un critère de temps.
Le second critère est celui du score déterminé par la NIH stroke scale recommandée par le Belgian Stroke Council .



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



DYSPNEE

La dyspnée peut être d'origine multiple. Quelle qu'elle soit, une désaturation en oxygène et une altération de la fréquence respiratoire figurent toujours dans les critères de gravité.



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



INTOXICATIONS

La gravité d'une intoxication se traduit toujours par une altération des fonctions vitales, respiratoires, hémodynamiques ou neurologiques. Une mesure systématique de tous les paramètres est indispensable.



TRAUMATISME

La plupart des patients ont une douleur d'intensité variable et dont le ressenti ne peut être fiablement estimé par le soignant.



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede



Plaies : prévalence d'un délai précis de vaccination antitétanique

La survenue possible et redoutable d'un tétanos après une prise en charge de plaie nécessite une rigueur dans le respect des recommandations de prophylaxie.

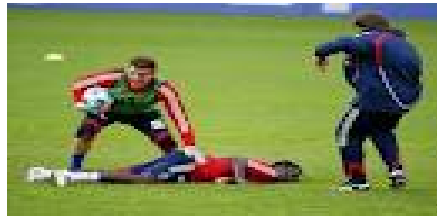
La notion « en ordre » n'est pas suffisante car il faut associer un délai qui n'est pas toujours 10 ans mais 5 ans quand il y a un risque tétanigène.



MALAISE

Les multiples étiologies imposent une mesure systématique de tous les paramètres :

TA, RC, T°, FR, Sat, glycémie.



C.H.U. de Charleroi

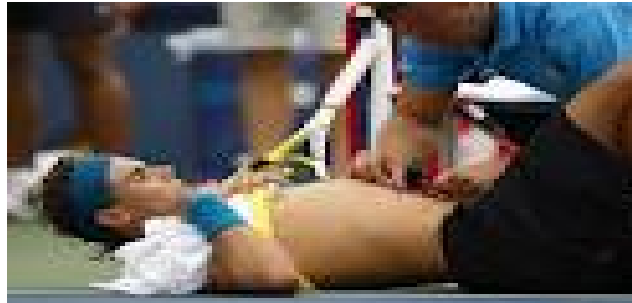
20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



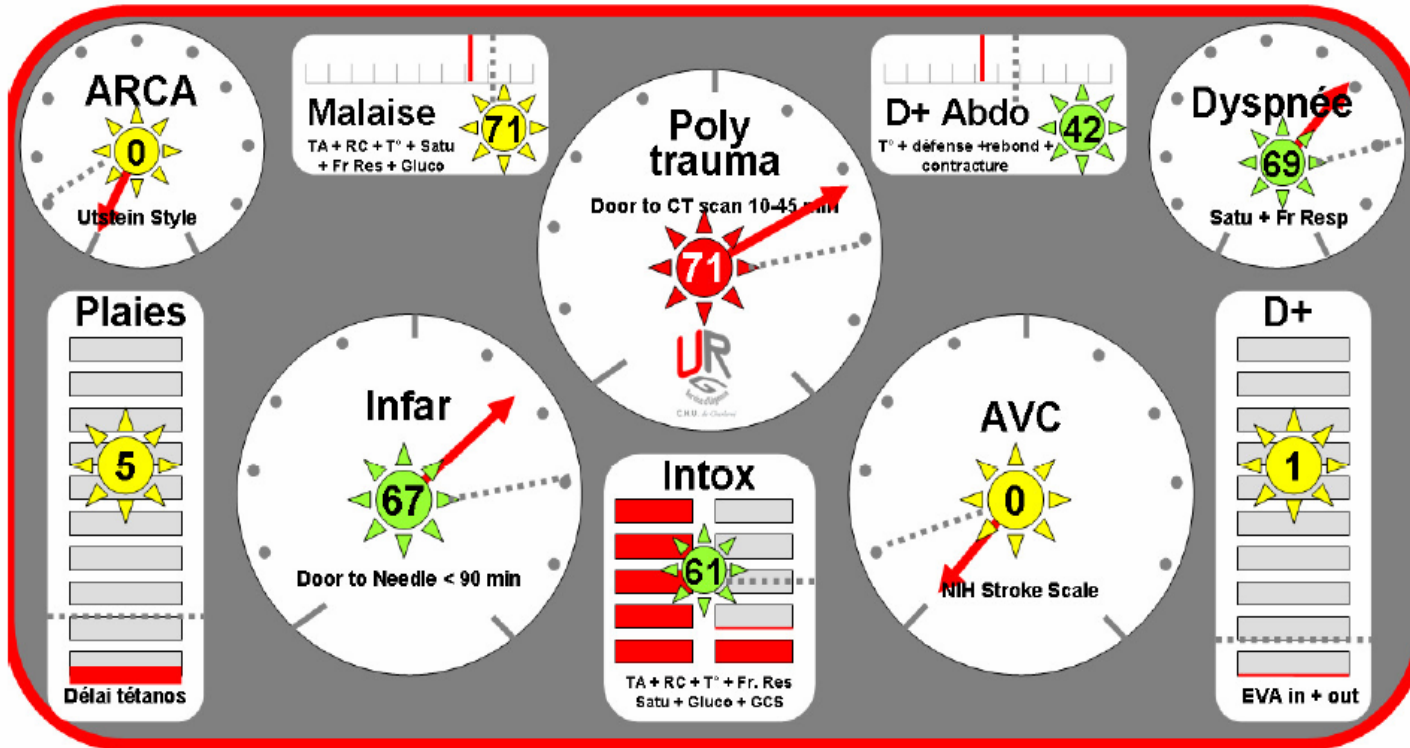
DOULEURS ABDOMINALES




Le risque d'erreur de diagnostic est souvent celui d'évolution vers une péritonite.

Ne pas mentionner systématiquement la température ainsi que la présence ou absence d'une contracture, d'une défense ou d'un rebond est un risque important du point de vue médico-légal.



RESULTATS



-  Moins bien que la précédente mesure
-  Quasi statu quo que la précédente mesure
-  Mieux que la précédente mesure

..... Prochain objectif

Décembre 2010

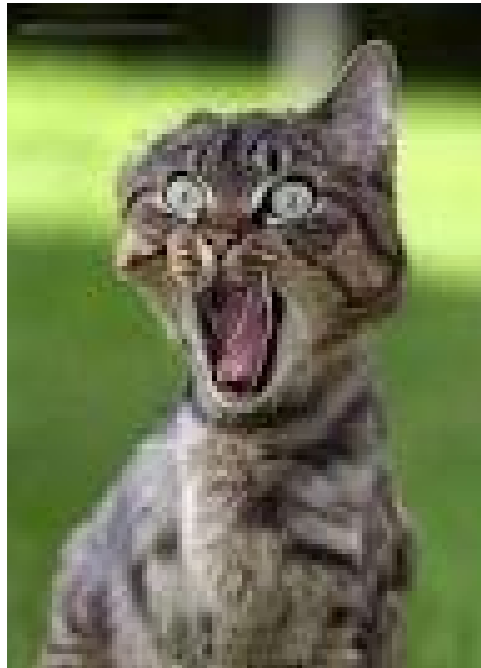


C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenneede



Merci pour votre attention



C.H.U. de Charleroi

20 Septembre 2012
S Chatel S Vandenheede

