

L'Infirmière aux urgences en Europe. Quel tri pour l'urgence vitale ?

S. Reynders, C. Gloeckler, Jc. Aymard, J. Levraut

Centre Hospitalier Universitaire de Nice, Hôpital Saint Roch, Pôle Urgences Samu-Smur, Service d'Accueil des Urgences, 5, Rue Pierre Devoluy BP 1319 06001 Nice

POINTS ESSENTIELS

- Le Samu, spécificité française dans le tri des urgences vitales, réalise un premier tri grâce à son centre de régulation des appels.
- Le rôle et les missions de l'IOA aux urgences sont définis par un référentiel de compétences.
- La collaboration IOA/MOA : gage de qualité et d'efficacité dans la prise en charge des SU.
- Une formation spécifique à la prise en charge de l'urgence vitale est indispensable.
- L'urgence vitale nécessite une prise en charge immédiate. L'IOA évalue, priorise et oriente le plus rapidement possible.
- En France, il n'existe pas d'échelle de tri utilisée par tous, mais des recommandations dans l'élaboration de cet outil qui doit être adapté aux besoins de la structure et du personnel.
- Le tri est facilité par l'utilisation de logiciels d'aide à la décision.
- Le tri de l'urgence vitale doit prendre en compte la notion d'éthique.
- Le Tri de l'urgence vitale dépend du flux patients, des ressources humaines et matérielles...
- Le bilan vital, lésionnel et fonctionnel est indispensable et ne doit pas compromettre la prise en charge de l'urgence vitale
- l'urgence vitale est prise en charge au sein de la Salle d'Accueil des Urgences vitales impliquant une organisation spécifique avec du personnel formé.
-

INTRODUCTION

La France a développé depuis 1953 un concept de régulation médicale basé sur la mise en place de Services d'aide médicale urgente (Samu). Les Samu assurent la régulation médicale des situations d'urgence. Pour atteindre cet objectif, ils déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés adaptés à l'état du patient, organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires et veillent à l'admission du patient dans la structure la plus adaptée. De ce fait, la prise en charge de la majorité des urgences vitales sera réalisée par le Samu et elles seront orientées vers un plateau technique adapté, et ce, sans forcément transiter par l'accueil des Urgences.

2. INFIRMIÈRE ORGANISATRICE DE L'ACCUEIL AU SEIN DES URGENCES

La prise en charge des urgences est l'une des grandes priorités de l'organisation de notre système de soins. Toutefois cette prise en charge nécessite de détecter rapidement, dès les premiers instants, les besoins spécifiques de chaque patient. Cela demande certaines compétences. Cependant, bien que faisant partie du rôle propre de l'infirmière, il est nécessaire d'avoir une expertise dans l'examen clinique du patient.

Selon l'Art. D. 6124-18 du code de la santé publique, « 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, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier ». En 2004, un référentiel est créé par La SFMU, précisant et cadrant les fonctions et compétences de l'IAO. L'infirmière est renommée Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA).

Les missions de l'IOA sont : **accueillir** le patient et le ou les accompagnants, **définir** les degrés de **priorité** de prise en charge médicale, et **orienter** vers le lieu de soins le plus adapté. C'est ce processus complet que l'on appelle **le tri**. La mission générale de l'IOA définie dans le référentiel de la SFMU est d'« Accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté ». Ces actions ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et de leurs accompagnants dès l'accueil. Elles sont menées en lien constant avec le médecin référent chargé de superviser le fonctionnement du service et la gestion des flux, d'accueillir, et identifier les demandes et besoins de chaque patient et de son entourage.

Les compétences requises sont **relationnelles**, **cliniques** et **organisationnelles**. Elles relèvent toutes des actes du rôle propre du décret d'actes professionnels si l'on fait référence à la réglementation française (art R4311).

La formation de base de l'infirmière met celle-ci en capacité d'évaluer une situation clinique et d'établir un diagnostic dans le domaine infirmier. Cependant, une bonne connaissance de la symptomatologie et de la clinique d'un très grand nombre de pathologies est nécessaire, l'expérience vient compléter les connaissances, c'est pourquoi la SFMU préconise 2 ans de présence en service d'urgences avant de prendre le poste d'IOA.

L'IOA est un personnel de santé spécifiquement formé à l'accueil personnalisé des patients qui se présentent aux urgences. Il a les connaissances et les compétences pour appliquer les protocoles de tri de service. L'intérêt d'un médecin dans la zone de triage permet une réduction du délai de premier contact médical et des « partis sans attendre ». Le médecin permet d'affiner le triage IOA en corrigeant la surcotation des patients et, moins fréquemment, en détectant un patient grave non identifié. Ce médecin doit être un gestionnaire de flux, identifiable, identifié sur le planning et joignable en permanence.

3. NOTION D'URGENCE VITALE

La notion d'Urgence vitale, situation non prévue, de survenue brutale, met en jeu le pronostic vital à court terme en cas de traitement différé. Ces états cliniques sont déterminés par l'évaluation d'un

bilan vital systématique neurologique, ventilatoire, et circulatoire. L'atteinte majeure d'une de ces 3 grandes fonctions va permettre d'identifier un patient comme présentant une urgence vitale nécessitant une prise en charge immédiate. Cependant le temps d'évaluation lors de l'accueil du patient est bref, il est donc nécessaire d'élargir la notion d'urgence vitale à l'idée que le pronostic vital est menacé de façon patente à court terme (< 24 h) donc à toute situation pouvant amener à une décompensation rapide d'une de ces 3 grandes fonctions. Le rôle de l'IOA n'est pas de poser un diagnostic médical, cependant l'expérience nécessaire pour ce poste doit permettre d'identifier et d'anticiper une éventuelle évolution de l'état du patient vers une urgence vitale. Cette évaluation nécessitera un bilan plus complet, à savoir : un bilan circonstanciel, vital et lésionnel. Quel que soit le motif d'admission, la principale spécificité de la prise en charge d'une urgence vitale reste le facteur temps et la nécessité d'une identification rapide par l'IOA, d'une alerte de l'équipe médicale, d'une prise en charge, d'une initiation des soins, et d'une intervention médicale urgentiste ou autre spécialité la plus rapide possible.

Bien que les urgences vitales ne constituent qu'une minorité des cas dans un service d'urgences, elles nécessitent une stratégie préétablie d'organisation des moyens humains et matériels. La salle d'accueil des urgences vitales doit permettre le traitement et la surveillance des défaillances des grandes fonctions vitales aux urgences dans l'attente de transferts intra- ou interhospitaliers. La SAUV est un lieu d'accueil, au sein des services d'urgences, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. La décision d'admission est prise par le médecin du service et/ou l'IOA, le MAO, le médecin du Smur ou le médecin régulateur du Samu. Dans ce cadre, cette décision doit s'appuyer sur des procédures cliniques, à partir de scores de gravité validés et partagés. Des procédures et des protocoles doivent être standardisés et clairement identifiés par chaque membre de l'équipe. Au même titre que l'IOA, le personnel paramédical affecté à la SAUV doit avoir pu bénéficier d'une formation lui permettant de prendre en charge l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital. En effet, il est difficile de faire face à une situation de détresse vitale nécessitant des gestes précis, hiérarchisés, sans que chaque individu soit parfaitement préparé et entraîné. L'objectif final consiste en l'adéquation des connaissances à une pratique adaptée de terrain en donnant aux soignants concernés les bases fondamentales d'un exercice au quotidien de l'urgence. La qualité de la prise en charge d'une urgence vitale dépend beaucoup du niveau de formation des intervenants et de leur complémentarité au service de la personne soignée.

4. LA PRIORISATION

L'IOA est le premier maillon d'une chaîne de soins. Son efficacité conditionne la qualité de la prise en charge. Aussi, il est important que les outils de tri, d'évaluation et d'orientation soient le résultat d'une réflexion médicale et infirmière, et fassent l'objet d'un consensus. Le tri des patients est un processus qui identifie, évalue et classe les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité, et détermine la meilleure façon d'y répondre. Les objectifs du tri sont clairement définis : analyser rapidement le motif de recours aux urgences par un professionnel de santé, évaluer les besoins en soins et leur priorisation, faciliter la gestion des flux, et optimiser les délais d'attente. La classification des patients se fait à l'aide d'une échelle de tri en fonction de critères établis et acceptés conjointement par les infirmier(e)s et médecins de l'établissement. Elle permet d'attribuer un niveau de priorité pour chaque patient, évitant d'utiliser l'ordre d'arrivée comme ordre de prise en charge.

Il peut paraître surprenant qu'en France, il n'y ait pas d'échelle de tri uniformisée sur tout le territoire. Le Samu a longtemps joué un rôle de triage en préhospitalier pour les patients les plus graves en les orientant vers les unités de soins spécialisées, sans passer par les urgences. Dans les années 90, les urgentistes mirent en place une classification ayant pour nom la « CCMU » (Classification Clinique des Malades des Urgences).

Le référentiel de la SFMU de 2004 stipule que « le tri doit s'effectuer à partir **d'outils spécifiques** utilisés dans le service et sur protocoles écrits et signés par le responsable médical ». Néanmoins, à ce jour en France, aucune échelle de tri ne s'est véritablement imposée. Des initiatives locales ont vu le jour, mais il n'existe pas d'échelles adoptées par tous les services d'urgences.

Il est admis que les échelles sont des outils indispensables pour répondre aux objectifs de triage sans néanmoins pouvoir identifier d'échelles validées de façon consensuelle actuellement. Ces échelles sont d'autant plus utiles que les SU ont un flux important.

La CCMU a été le point de départ de la création d'un outil de triage infirmier baptisé CIMU « Classification Infirmière des Malades aux urgences ». C'est l'œuvre du Dr Pierre TABOULET, qui en 1996, permit aux infirmier(e)s d'obtenir à leur tour un outil d'aide au tri et à la priorisation. La CIMU permet de prédire la complexité et la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences. Sont introduites dans cette grille des notions de complexité et de sévérité. « La complexité est évaluée par le taux de ressources consommées (actes infirmiers, médicaux, biologiques ou radiologiques) et la sévérité par le taux d'admission au sein de chaque tri. La CIMU propose un modulateur de tri symbolisé par une « * » dont l'intérêt est d'accélérer la prise en charge d'un patient, dont un symptôme intense ou paramètre vital anormal justifie une action thérapeutique spécifique, rapide et résolutive du problème. L'infirmière s'appuie sur l'examen clinique et une classification pour trier les patients. Les grilles sont des outils qui doivent lui permettre d'affiner celui-ci et répondre aux critères de fiabilité, reproductibilité et rapidité. L'évaluation clinique reste l'essentiel de la démarche de l'IOA.

Pour assurer la formation et/ou l'évaluation des IOA, plusieurs méthodes existent. Certaines reposent sur des kits de scénarii papier, d'autres sur une documentation exhaustive, un simulateur informatisé ou des sites internet. Évaluer la qualité du triage de l'urgence vitale se fait autour de la précision de l'interrogatoire, de l'observation, du relevé des paramètres en rapport avec le motif de recours aux soins et de la pertinence du niveau de priorité.

Les experts recommandent une organisation permettant de connaître en temps réel le nombre de patients inscrits, leur niveau de priorité, les temps écoulés depuis leur inscription, leur localisation et la disponibilité des boxes d'examen. Il existe à ce jour plusieurs logiciels informatiques permettant la gestion des patients aux urgences. Les deux plus connus sont les logiciels Med-Urge et le Terminal Urgences.

5. LES DIFFICULTÉS

Il est difficile de désigner un outil de tri supérieur aux autres. Les échelles anglo-saxonnes ne prennent pas en considération la médecine préhospitalière, entraînant des difficultés quant à leur applicabilité en France.

Bien que les échelles de tri soient une aide à la priorisation et l'orientation d'un patient aux urgences, plusieurs facteurs peuvent influencer la gestion d'une entrée à l'accueil. En ce qui concerne l'Urgence vitale, l'état clinique du patient reste le principal critère de priorisation mais certaines circonstances peuvent modifier sa prise en charge. En effet, le tri, la priorisation, et l'orientation du patient seront d'autant plus adaptés si le recueil d'information a été préalablement

bien réalisé auprès du patient et de son entourage d'une part, et des équipes de secours d'autre part.

L'arrivée d'un patient en situation d'urgence vitale va être facilitée ou compliquée par l'influence de différents facteurs liés au flux.

En zone d'accueil : La disponibilité immédiate de l'IOA ou pas, le temps d'évaluation +/- important, la disponibilité matérielle (brancard), l'affluence en IOA = facteur de stress supplémentaire, l'activité importante impliquant de cadrer rapidement l'Urgence vitale pour pouvoir poursuivre la gestion du flux de patients et ne pas engorger la zone IOA. La nécessité d'un recueil d'informations précis impose parfois quelques recherches pour compléter les données déjà recueillies : Recherche informatique sur des hospitalisations récentes avec compte rendu, Appel à la famille si absente à l'arrivée du patient, Appel au médecin traitant.

En zone de soins : La disponibilité d'une SAUV, la disponibilité de l'équipe de la salle d'urgence vitale (une urgence vitale n'arrive pas forcément seule), la charge de travail en zone de soins et possibilité de prise en charge rapide ou pas, la disponibilité médicale en fonction de l'activité. En cas d'impossibilité d'avis médical en IOA, nécessité de s'assurer d'une prise en charge infirmière immédiate et d'une évaluation médicale rapide, imposant de suivre le patient et d'aller alerter l'équipe médicale de la situation.

L'urgence vitale risque de masquer la dimension éthique du problème de santé du patient.

Paradoxalement, c'est souvent à partir de ce moment aigu que l'interrogation éthique surgit dans l'histoire du patient. L'IOA a le devoir d'interroger cette dimension de sa pratique, malgré les nombreuses contraintes liées à l'urgence. Elle doit donner à chaque maillon toute sa place: au malade, à sa famille, à son entourage, aux professionnels de santé qui concourent à la prise en charge avant et après le SU. Les décisions d'arrêt thérapeutique et d'abstention thérapeutique font partie de la pratique quotidienne de la médecine d'urgence. Elles sont l'aboutissement d'une démarche éthique qui prend en compte les références et les valeurs du patient et de sa famille, des professionnels de santé, du code de déontologie et les droits des malades. Ces décisions ne peuvent être que collégiales, condition nécessaire pour une exécution de qualité du plan de soins dont l'infirmier(e) est le pivot permanent.

6. CONCLUSION

L'organisation française de la médecine d'urgence a pour particularité d'engager la présence d'un médecin à tous les niveaux de prise en charge de l'urgence, de l'appel au centre de régulation à l'intervention sur le terrain. Aussi, la prise en charge de l'urgence vitale est principalement réalisée en pré hospitalier. Pour des raisons aussi bien organisationnelles, sociales, que sociétales, les urgences reçoivent de plus en plus de patients et leurs capacités de soins sont régulièrement dépassées. Pour sécuriser la prise en charge des patients, et surtout des plus urgents, les services réfléchissent régulièrement à leur organisation. L'utilisation du tri au sein des SU nécessite de définir précisément son rôle et les objectifs attendus. Aussi, seul un tri précoce permet de garantir l'accès au soin des patients les plus instables dans les meilleurs délais. Depuis plusieurs années, les infirmières répondent de façon sûre et efficace à cette mission. C'est cependant, un poste à grandes responsabilités qui nécessite expérience, savoir-faire, savoir-être, mais également une formation spécifique indispensable axée sur la réalité du terrain. Il semble aujourd'hui nécessaire, compte tenu des changements organisationnels au sein des services d'urgence, de réfléchir à de

nouvelles responsabilités pour ces infirmières, pivots des SU, de plus en plus autonomes, de plus en plus responsables, mais de plus en plus professionnelles.

RÉFÉRENCES

- (1) Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, Référentiel commun, Ministère de l'Intérieur, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative, 25 juin 2008.
- (2) Circulaire N°195/DHOD/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- (3) 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
- (4) Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. Eur J Emerg Med. 2009 Apr;16(2):61-7. PubMed PMID: 19194114. Epub 2009/02/06. eng.
- (5) Taboulet P., Moreira V. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. European Journal of Emergency Medicine 2009 ; 16 : 61-6.
- (6) 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.
- (7) SFMU, référentiel infirmière organisatrice de l'accueil. SFMU 2004: 48 p.
- (8) Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):702-8. Epub 2007/07/28. eng.
- (9) Considine J, Botti M, Thomas S. Do knowledge and experience have specific roles in triage decision-making? Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):722-6. PubMed PMID: 17656608.
- (10) Statistiques annuelles d'activité, 2009 – 2010, <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et,1984.html>
- (11) Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial. Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):702-8. Epub 2007/07/28. eng.
- (12) Maillard-Acker c. L'infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. Urgences 2012.
- (13) Haegy JM, Andrinikf M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier AM, Leclercq G. Ethique et Urgences – Reflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003