

Accueil et orientation aux Urgences : faut-il un médecin ou un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état ?

B. DEBIEN¹, M. SEBBANE¹, P. O. BARD², I. GIRAUD¹, J. RUBENOVITCH¹, J. J. ELEDJAM¹

¹ Structure des urgences, ² Ingénieur en Organisation, conseil en organisation CHRU de MONTPELLIER

Introduction

Durant les premières années de fonctionnement des services d'urgence, les patients étaient pris en charge et examinés au fur et à mesure de leur arrivée. Ces dernières années, la fréquentation aux urgences a régulièrement augmenté du fait de plusieurs facteurs combinés : permanence des soins défaillante en ville, paupérisation de la population, mise à disposition d'un plateau technique performant.... Pour faire face à l'accroissement des arrivées, il s'est mis en place un triage plus ou moins protocolisé avec pour objectif de prioriser la prise en charge des patients en fonction non plus de l'heure de d'admission mais de leur gravité. Cette fonction de tri a classiquement été dévolue au personnel paramédical.

Les schémas issus de la médecine de guerre, développés depuis une quarantaine d'années par nos spécialistes en médecine de catastrophe, se sont naturellement déclinés dans les services d'urgence avec pour seul objectif de soigner le plus grand nombre en gardant un bon niveau de soin. Les patients à faible niveau de gravité ont vu leur temps de prise en charge s'allonger, entraînant des réactions de mécontentement et parfois de l'agressivité envers le personnel. La pénibilité du travail du personnel de l'orientation s'est fortement accrue.

Certains services ont tenté — de substituer au personnel paramédical d'orientation un médecin d'orientation : est-ce une panacée ou un pis-aller?

1. Notion de triage

Définition [1-3]

Le triage à l'orientation consiste à évaluer l'état du patient qui se présente, à déterminer le degré d'urgence et le temps maximal toléré pour un examen médical dans les règles de l'art, selon une classification prédéterminée. Le patient est ensuite dirigé dans une aire de traitement adapté à sa pathologie. Il peut être réorienté vers d'autres ressources de soins.

Tout patient est donc accueilli, ses besoins de soins sont identifiés dans les meilleurs délais en fonction du risque potentiel vital ou fonctionnel. L'histoire de la maladie, les antécédents du patient, les symptômes sont colligés et confrontés aux arguments objectifs retrouvés (pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire, état de conscience, échelle visuelle analogique....). Selon un protocole commun à tous, un niveau de gravité est affecté ouvrant une filière de soins spécifique, un délai de prise en charge médicale maximal.

A ce rôle principal peut s'ajouter une fonction d'information, de réconfort et d'éducation.

Le triage catégorise mais ne permet pas d'agir sur le processus en amont ou en aval de l'orientation et ne permet pas d'anticiper l'engorgement des filières.

1.2 Les qualités du trieur

Le trieur est un personnel qualifié connaissant parfaitement la médecine d'urgence, maîtrisant les protocoles du service, familiarisé à l'organisation de l'établissement et aux différents plateaux techniques qu'il offre.

Le rôle du trieur est celui d'un expert, premier chaînon du soin de la structure d'urgence. Cela exige un haut degré d'expériences, de connaissances, de compétences. Le trieur doit avoir une grande faculté de compassion, de compliance pour les patients. Il travaille efficacement avec un grand sens de responsabilité. Enfin, il fait preuve de qualités humaines et professionnelles reconnues et respectées par l'ensemble de l'équipe. Le trieur est à l'écoute du patient et de la famille qui attend la

prise en charge médicale. Il peut être amené à modifier sa première évaluation en raison de toute modification de l'état du patient ce qui du triage un processus dynamique.

1.3 le triage, un processus de soins

Tous les patients sont évalués dans la file d'attente à l'entrée du service.

En fonction de la gravité, des soins immédiats peuvent être mis en œuvre ou poursuivis selon des protocoles validés. Le pronostic vital et fonctionnel du patient ne doit pas être aggravé par le passage en salle d'orientation. La douleur physique et morale est prise en charge (prescriptions infirmiers et présence d'une psychologue).

L'orientation est aussi un lieu de transmission d'informations d'ordre médicale, administratives voire sociales, entre l'équipe pré hospitalière et hospitalière dont la qualité sera déterminante dans le processus diagnostique et thérapeutique.

Les traitements débutés en pré hospitalier doivent faire l'objet d'une évaluation et être poursuivis si nécessaire.

1.4 Le triage inducteur du processus de soin aux urgences

Le triage détermine un temps maximal d'attente toléré pour accéder à une filière de soins et un examen médical.

Dans le cas où des soins immédiats doivent être prodigués, le personnel chargé du tri doit avoir les compétences nécessaires pour débiter la prise en charge adaptée. Cela nécessite de l'expérience, des connaissances et une formation spécifiques, des compétences évaluées régulièrement.

Dans le cas où le temps d'attente toléré est dépassé, il doit être en mesure d'agir sur le processus pour réduire les délais, mettre en place un protocole de prise en charge dégradé avec envoi de renfort. Ceci implique une vue d'ensemble du processus de traitement des urgences et de l'autorité que l'on n'a pas toujours du poste de l'orientation.

Les données issues du triage de l'ensemble des patients présents permettent la production d'indicateurs pour anticiper sur l'évolution du processus de soin, et informer en permanence le patient et sa famille des délais de prise en charge.

2. L'infirmier organisateur de l'accueil (IOA)

2.1 Points forts [1,2,4,5]

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, basés sur le recueil de données subjectives qu'il collige dans le dossier du patient (antécédents, histoire de la maladie, motif d'entrée, symptômes, évaluation de la douleur) confronté aux signes objectifs tels que la pression artérielle, la fréquence cardiaque, la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, le score de Glasgow, les signes de mauvaise perfusion tissulaire....

Il a les compétences pour recueillir et transmettre avec beaucoup de fiabilité et discernement, les informations émanant du patient, de son entourage et des acteurs pré hospitaliers.

Il est apte et autorisé à appliquer rapidement les protocoles de soins du service (en particulier pour la prise en charge de la douleur...)

Il maîtrise les techniques d'immobilisation, de brancardage, d'attente, de réanimation cardio-respiratoire.

Il est en mesure de surveiller le patient en attente d'examen médical.

Il collabore avec le personnel administratif afin de constituer le dossier patient.

2.2 Points faibles

Les patients qui se présentent aux urgences ont des demandes de soins extrêmement variées. Les plaintes ne sont pas toujours en rapport avec la gravité réelle. L'IOA n'a pas les compétences ni même l'autorité pour réorienter vers la ville de nombreux patients.

Le poste de trieur est celui d'un expert à qui on demande de déterminer, dans un contexte de demande de soins extrêmement riches, l'urgence vitale et fonctionnelle. Cette tâche est d'autant plus difficile que le service est d'accès direct.

Les performances de découverte d'une pathologie relativement rare dans un échantillon population pré sélectionnée sont toujours plus importantes que dans un échantillon de la population générale qui se présente à la structure des urgences.

Cette fonction nécessite une formation, des connaissances théoriques, des compétences évaluées, une expérience acquise à ce poste tout au long d'une carrière professionnelle. Hors les IOA des urgences sont trop souvent de jeunes infirmières avec peu de pratique professionnelle.

Les hypothèses cliniques émises à tort peuvent induire un retard de prise en charge mais aussi une errance de la démarche diagnostique et thérapeutique.

L'IOA, à lui seul, n'est pas en mesure en termes de temps, de disponibilité mais aussi d'autorité de répondre aux besoins de coordination des flux du service. Il sera en mesure d'informer sur l'état de l'attente et des demandes de soins présents dans la structure.

Remplacer l'IOA par un Médecin Organisateur de l'Accueil (MOA) répond – il aux imperfections de l'IOA seule ?

3. Le médecin organisateur de l'accueil (MOA)

3.1 Points forts

Le premier satisfait est le patient qui se présente aux urgences et qui dès son arrivée est pris en charge et examiné par un médecin « expérimenté ». Il est donc rassuré, ainsi que sa famille.

L'évaluation de la gravité est guidée par de solides connaissances et compétences en médecine d'urgence.

Des hypothèses diagnostiques sont émises. Des prescriptions d'examens complémentaires, justifiées, sont réalisées permettant d'anticiper sur le processus de soins. Une pré orientation finale est envisagée.

3.2 Points faibles

L'examen médical fait à l'orientation, en raison du flux de patients n'est pas un examen clinique approfondi, il juge du degré de gravité et est tributaire de la promiscuité de l'orientation (peu d'intimité, pressions des flux d'arrivée).

L'expertise médicale répond à une démarche diagnostique personnelle qui se plie difficilement à la rigueur d'un protocole de service, nécessaire à la cohérence du service.

Le médecin d'orientation est souvent le seul médecin senior de l'équipe soignante, il n'est pas entièrement disponible pour ce poste. Il encadre les jeunes docteurs, réalise ou seconde les gestes techniques en salle de déchoquage. Il assure des tâches administratives liées à son statut. Il ne dispose pas d'un temps suffisant pour recueillir et consigner les constantes cliniques du patient. Il résulte une augmentation de l'attente à l'entrée du service, source de retard de prise en charge.

Un médecin a vocation à émettre des hypothèses diagnostiques, initiée une démarche de soins, sanction d'un examen clinique minutieux qui matériellement ne peut pas avoir lieu au stade de l'orientation.

Il aurait tendance à se substituer aux filières de soins et risque de prescrire, de façon inadapté, des examens complémentaires, source d'un ralentissement en aval de la prise en charge.

Le médecin d'accueil et d'orientation ne peut à lui seul trier, orienter, initier un traitement ou des explorations et avoir une vision globale du service. Le médecin senior sera en priorité chargé de la coordination de la structure. Il doit toutefois garder un pied au triage en collaboration avec une IOA.

3.3 Notion de régulation des flux ou DRIVER [6]

Devant l'augmentation constante du nombre de passages aux urgences, la grande variété des pathologies rencontrées et leurs niveaux de gravité très variable, la gestion des flux au fil de l'eau par une IOA ou un MOA n'est pas suffisante pour répondre aux missions des urgences.

A la fonction de tri, il faut associer celle de coordination des soins urgents comprenant l'urgence pré-hospitalière, les performances du service des urgences et les capacités de prises en charge en aval. Il s'agit d'une véritable coordination des flux qui nécessite une vision globale de toute la chaîne de l'urgence.

La coordination des flux permet d'avoir une vision de l'activité en terme de performance plutôt que de volume, une vision d'enchaînement d'étapes plutôt qu'une vision de chaque étape, une vision englobant l'ensemble des patients à venir et présents dans la structure.

Le coordinateur de flux permet d'anticiper les événements à venir pour chaque patient et déclencher chaque étape, au meilleur moment, pour réduire l'attente total.

Pour cela il est nécessaire d'avoir une vision globale en temps réel des patients, de leurs demandes de soins, des ressources de l'établissement.

Il doit avoir une influence réelle sur les acteurs. Il doit être reconnu par l'ensemble de l'équipe, diplomate et respecté.

Il s'agit d'un véritable chef d'orchestre associant des activités de coordination, des activités de communication, des activités cliniques.

4. Rôle du Médecin organisateur de l'accueil

4.1 Activités de coordination, assisté par le cadre de santé

Il coordonne la prise en charge médicale

Il gère les flux de patients en limitant au maximum le temps d'attente en salle d'orientation et en salle de soins

Il répartit les ressources médicales et paramédicales en fonction de l'activité.

Il est le médecin référent de l'infirmière d'accueil et d'orientation.

Il coordonne l'orientation des patients après prise en charge médicale (hospitalisation, mutation, retour à domicile). Il accélère la clôture des dossiers lorsque les prises en charge sont terminées.

Il anticipe dès l'admission, les besoins en hospitalisation des patients. Ainsi une demande précoce de lit d'hospitalisation permet de réaliser la prise en charge du patient pendant l'attente du lit.

4.2 Activités de communication

Il centralise les informations médicales provenant des médecins extérieurs pour avis et orientation, les informations provenant du SAMU (admissions, procédures...)

Il est en lien permanent avec l'IOA

Concernant l'état de l'attente, Il est le correspondant des médecins du centre hospitalier (avis spécialisés, hospitalisation)

4.3 Activités cliniques

Il assure l'hospitalisation directe dans le secteur UHCD, dès l'orientation.

Il veille à la qualité des conditions d'attente, de prise en charge et d'orientation de tous les patients présents dans la structure d'urgence. Il soutient les médecins juniors (internes et jeunes praticiens hospitaliers) dans la prise de décision thérapeutique et dans la négociation avec les interlocuteurs.

Il s'agit d'une fonction difficile qui nécessite d'être à la fois capable de conseiller sur les prises en charge médicales (médecin senior), d'avoir une vision globale et permanente, de coordonner les différents professionnels du service.

Il s'agit d'un manager.

Conclusion

La priorité pour améliorer à moyens constants la qualité des soins aux urgences est la création d'une fonction de médecin régulateur de flux, garant et accélérateur de l'ensemble de la prise en charge. Médecin indiscutablement référent du triage, il délèguera cette fonction dans le cadre limité par les protocoles de services à un infirmier organisateur de l'accueil, apte à accueillir et catégoriser la majorité des patients se présentant à l'heure actuelle dans les structures d'urgence.

Contrairement à un MAO, il disposera ainsi d'un temps suffisant pour assurer un rôle essentiel de pilote et de manager de la structure.

Il ne s'agit pas de remplacer une infirmière par un médecin pour améliorer l'accueil aux urgences. L'infirmière est apte à accueillir et catégoriser les patients à partir de protocoles de service. Elle seconde le médecin senior, lui dégageant du temps indispensable pour devenir un véritable régulateur efficace de flux.

Références

Québec. Énoncé de position : triage à l'urgence un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence. Montréal, janvier 2000 ; 1-5.

2- Divorne L, Unger PF. Formation en soins d'urgence pour les infirmières. *Médecine et Hygiène* 2000 ; 58 : 1565-1568.

3- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Recommandations pour une implantation réussie : échelle de triage et de gravité. Montréal 2001 : 1-3.

4- Circulaire n° DH16/DSG/1 + 91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

5- Divorne L. *Démarche de tri : outils de tri existants Enseignement Supérieur Infirmier SFMU-2003* Page 11 à 18

6- Migliore A, Bouilly S. *redéfinir le poste de l'IOA, mettre en place un médecin coordonateur de flux et une filière courte pour optimiser la gestion des flux MeaH* www.meah.santé.gouv.fr