

Rôle de l'IDE en service d'urgences

UE 4.3 S4

Promotion 22-25

EB MP

PLAN

- ▶ **Définitions**
- ▶ **Organisation d'un service d'urgence**
- ▶ **Gestion de l'attente**
- ▶ **Affichage et information patient**
- ▶ **Rôle de l'IDE aux urgences**
- ▶ **Rôle spécifique de l'IOA**
- ▶ **Motifs de consultation les plus fréquents**
- ▶ **L'échelle de tri, un outil de l'IOA**
- ▶ **Postures soignantes et gestion de l'agressivité**
- ▶ **Conclusion**



Définitions

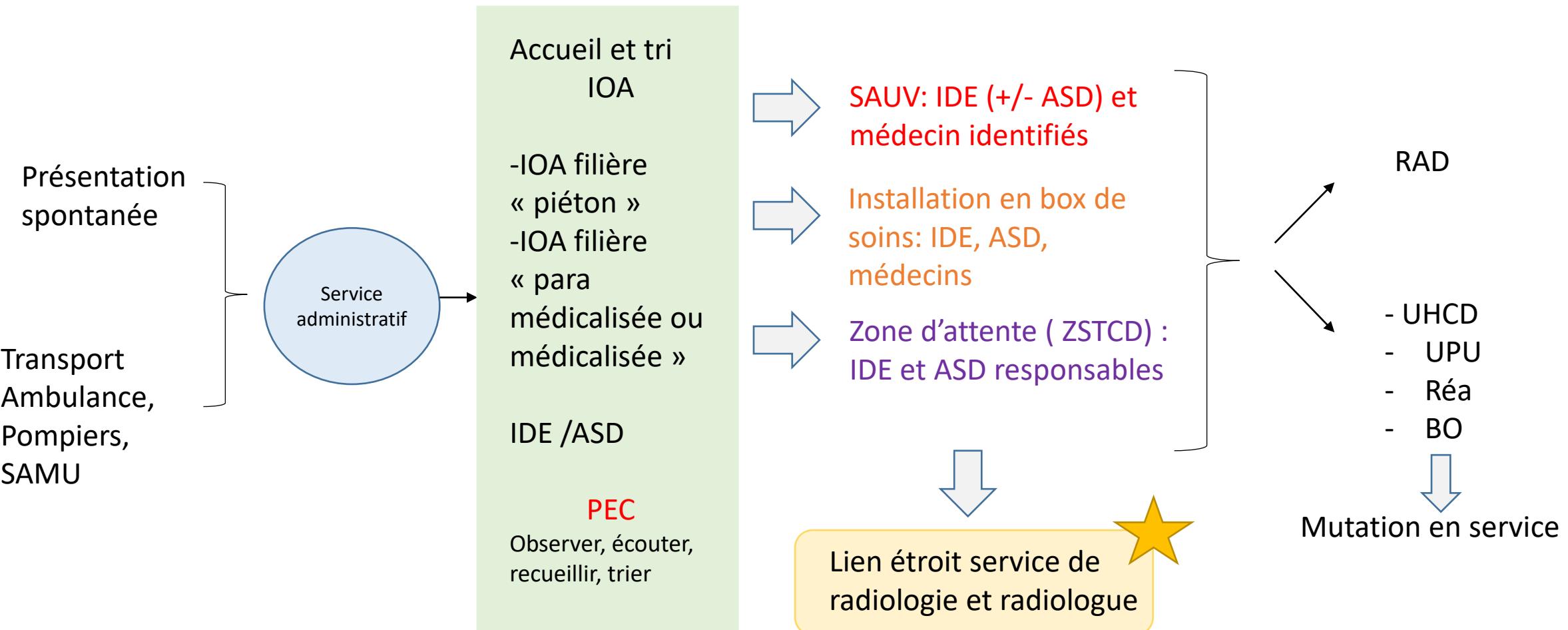
Urgence : Situation non prévue, de survenue brutale et nécessitant une action rapide.

L'urgence peut être :

- l'«urgence absolue» qui correspond à une situation de détresse vitale,
- l'«extrême urgence» (urgence immédiate) qui évolue très vite vers l'urgence absolue.
- l'«urgence potentielle» qui nécessite seulement une surveillance attentive.
- l'«urgence relative» qui peut attendre, et donc être réorientée pour une PEC différée

Rôle des services d'urgences : Accueillir 24h/24 7j/7 toute personne se présentant en situation d'urgence physique et ou psychique, quelle que soit sa situation économique et sociale

Organisation d'un service d'urgence



Gestion de l'attente

- **Ordre de passage : estimer et informer le patient du temps d'attente possible.**
- **Informations et transparence des soins/gestes effectués.**
- **L'attente et l'inconnu peuvent être source d'anxiété.**
- **Important de prendre en compte les familles qui attendent.**
- **Prise en considération de l 'urgence estimée par le patient et organisationnelle estimée par le service ainsi que du patient lui-même (par exemple proposer un verre d'eau)**

Affichage et informations patients

► De nombreux services disposent désormais d'écran visibles en salle d'attente estimant les temps d'attente et montrant le nombre de patient actuellement pris en charge dans le service

Rôle de l'IDE aux urgences

- Accueillir
- Ecouter et observer
- Informer
- Gérer le stress
- Installer
- Veiller au confort
- Prendre en charge la douleur
- Surveiller
- Coordonner
- Participer à la démarche diagnostique

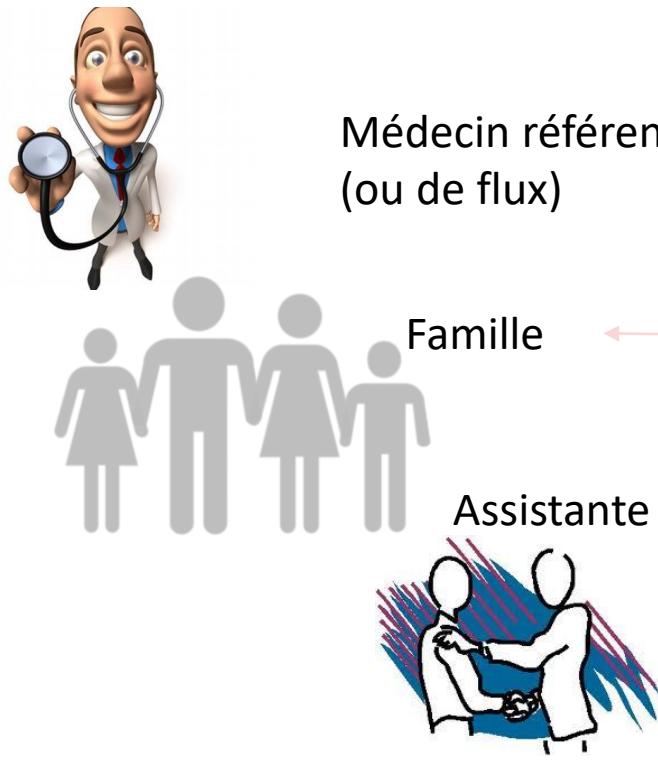
Rôle de l'IDE aux urgences

- **Surveillance continue de tous les patients admis (PEC en charge médicale ou non)**
- **Gestion de l'attente**
- **Réalisation des soins prescrits et soins du rôle propre en collaboration avec les aides-soignants.**
- **Entraide et échanges en équipe pluri professionnelle**
- **Exemples de spécificités de l'exercice aux urgences : ECG réalisés par les ASD sur protocole, gypsothérapie ou prescription de radio ou suture par les IDE sur protocole etc.**

Rôle de l'IDE en situation d'urgence

- Alerter le plus précocement possible
- Utiliser les moyens disponibles (entraide, matériel d'urgence)
- Anticiper d'éventuelles demandes médicales (ex préparer le matériel pour un bilan spécifique sans le prélever, dans l'attente du médecin)
- Si vous êtes face à une situation d'urgence vitale, il est possible et vous vous devez de suivre une prescription médicale faite à l'oral. Vous veillerez ensuite à ce que le médecin vous la prescrive par écrit, une fois l'urgence passée.

Le rôle spécifique de l'Infirmier d'Organisation de l'Accueil = IOA



Médecin référent
(ou de flux)

Secrétaire

IDE et AS du
service

Brancardier

Famille

Aide-soignant

Assistante sociale

Pompiers, SMUR, ambulances

Sécurité

Structures extérieures



L'IOA= Infirmier Organisateur de l'Accueil

► Des compétences spécifiques :

- Clinique (observation, mise en liens)
- Expérience
- Tri

► Dans une fonction très relationnelle:

- Patience, bienveillance

L'évaluation du patient par l'IOA

- **Anamnèse**: se fait auprès du patient, de ceux qui l'ont emmené (service de secours : attention à être le + exhaustif possible), de sa famille, par la lecture de la lettre du médecin traitant...
- **Motif de recours aux urgences**: possibilité d'un grand décalage entre ce motif et le problème réel.
- **Manifestations**
- **Début des symptômes**
- **Facteurs aggravants...**
- **Les Antécédents, les Allergies et les Traitements**
- **Les paramètres vitaux pris en fonction de l'entretien IOA : TA, FC, saturation, température, glycémie capillaire, évaluation de la douleur (ALGOPLUS, EVA, DOLOPLUS, PEDIADOL...).**

L'évaluation du patient par l'IOA

► L'observation :

- Etat cutané, couleur de la peau et des téguments : pâleur, cyanose, ictère, rougeurs, teint gris, purpura, marbrures, œdèmes, asymétrie au niveau du visage...
- Respiration
- Pupilles
- Odeurs
- Attitude spontanée : antalgique, assise, agitation, regard
- Mode d'expression : mutisme, logorrhée, confusion, incohérence, dysarthrie, manque du mot... Attention, potentiellement, un patient qui ne parle pas est un patient inquiétant !



Synthèse et Analyse de l'IOA

- Permet de déterminer le degré d'urgence.
- L'IOA renseigne le dossier médical informatisé avec ses éléments et sa cotation du degré d'urgence.
- Orientation et installation dans le secteur adéquat.
- L'IOA doit en permanence resté informé de ce qui se passe dans les différents secteurs et des délais de prise en charge...
- En lien avec le médecin « régulateur des flux » qu'elle peut appeler pour avis médical immédiat. Réorientation sur validation médicale.

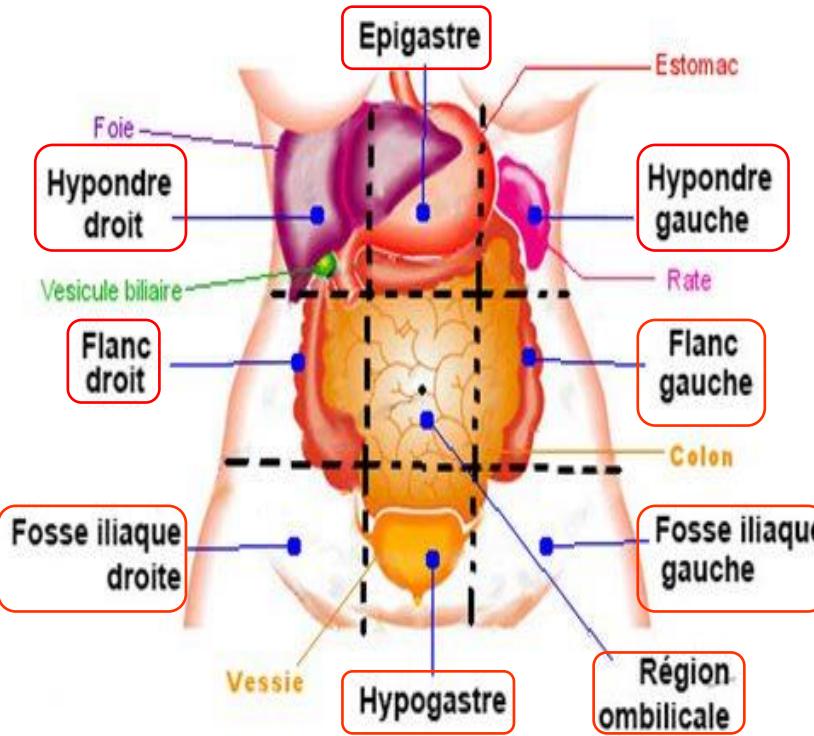
Motif de consultation : La douleur

Si la douleur est un symptôme, son origine et sa gestion doivent être une priorité aux urgences.

- Douleur thoracique
- Céphalées
- Douleur dentaire
- Douleur de membre
- Douleur abdominale

Douleur abdominale

Zones anatomiques de l'abdomen



Hypochondre dt : colite hépatique, cholécystite, angiocholite...

Epigastre : Ulcère Gastroduodénal, Infarctus Du Myocarde, perforation duodénale, pancréatite...

Hypochondre Gche : rupture de la rate, constipation...

Flancs : pyélonéphrite, colique néphrétique

Fosses iliaques : appendicite, diverticulite, tumeurs coliques, pyélonéphrite, sigmoïdite, Grossesse Extra Utérine, salpingite...

Diffuses : Gastro Entérite Aigue, occlusion, infarctus mésentérique, perforation...

Motif de consultation : le malaise

- => Interrogatoire des témoins. TC? PC? Recherche de prodromes. ATCD, TTT? Perte d'urine associée ? Morsure de langue ? Phase de désorientation et d'agitation dans les suites du malaise ?
- => Prise de paramètres vitaux et glycémie capillaire obligatoires
- => Orientation diagnostique : malaise vagal, hypoglycémie, intoxication CO, hémorragie, syncope, hypotension orthostatique, vertiges, épilepsie, AVC...



L'échelle de tri un outil de l'IOA

- Pas d'échelle commune à tous les services d'urgence pour l'instant.
- Exemple de la CIMU Classification Infirmière des Malades aux Urgences.
- Cotation réalisée par l'IOA qui va l'inscrire dans le dossier du patient.

Le TRI : Étape 1

➤ **Interrogatoire** : répondre aux questions

- Motif(s) de recours au soin (le Quoi ?)
- Date et heure de début (le Quand ?)
- Mode de début et évolution (le Comment ?)
- Intensité du symptôme (le Combien ?)
- Épisodes similaires, antécédents et comorbidités (le Qui ?).



Le TRI : Étape 2

- Evaluation clinique (observation)
- Mesure des paramètres vitaux
- Compléments en fonction de la situation :

Autres évaluations réalisables par l'IOA

Situation	Paramètres vitaux
Troubles de conscience	Glasgow Coma Score*
Diabète	Glycémie capillaire
Hyperglycémie > 2,5 g/l	Cétonurie ou cétonémie capillaire
Douleur para-lombaire	Bandelette urinaire
Douleur médio-thoracique	ECG (lecture immédiate par senior)
Dyspnée	Fréquence respiratoire et SpO2
Asthme aigu	Débit expiratoire de pointe (peak flow)
Hémorragie	Hémocue

Le TRI : Étape 3

➤ Analyse :

-> à l'aide du tableau de déterminant si besoin

-> catégorisation du niveau d'urgence

Déterminant du tri	Tri	Choix du tri
Fréquence cardiaque $\geq 180/\text{mn}$	1	Le déterminant ne correspond qu'à un seul tri qui généralement s'impose. Dans ce cas c'est un tri 1
Tension artérielle syst. 90-75 / $< 75 \text{ mm Hg}$	2/1	Le déterminant est divisible en deux situations de tris voisins : le sigle (/) guide l'infirmière(e) dans le choix du tri. Dans ce cas une TA de 80 correspond à un tri 2 et une TA de 70 à un tri 1
Œdème membre(s) inférieur(s)	4-3	Le déterminant correspond à un intervalle de tri mais n'est pas divisible en deux situations facilement distinctes : le sigle (-) laisse à l'infirmier(e) le choix du tri.
Douleur thoracique avec ECG pathologique (avis senior)	2-1	Dans les cas difficiles, l'avis du senior peut être indispensable : si infarctus tri 1, si péricardite tri 2.

Le TRI : Étape 4

➤ Consiste à moduler la vitesse de prise en charge en fonction de l'intensité de la situation.

Par exemple : douleur intense, agitation violente, fièvre élevée ou hyperglycémie sévère.

Postures soignantes et gestion de l'agressivité

Quelques pistes à adopter

- Temps : se rendre disponible ou donner un délai précis
- Dangerosité : A évaluer, toujours prévenir l'équipe et être au moins 2 au moindre signe de tension
- Personnalisation de la relation : appeler la personne par son nom, rappeler sa fonction
- Identification des besoins et/ou de la demande : si peu clair « est ce qu'il y a quelque chose que je peux faire pour vous aider ? » (Élaboration d'une pensée)

Quelques pistes à adopter

- Disponibilité psychique : être dans une attitude de compréhension et d'empathie car le patient est en souffrance ; chercher à décoder son comportement (agitation = demande impossible à verbaliser)
- Communication verbale : écouter, préférer les attitudes facilitant la reformulation, la clarification, la compréhension
- Communication non verbale : regard ni fixe (notamment face à un patient psychotique) ni fuyant ; *voix basse monocorde* ; posture d'ouverture
- Utiliser des outils de médiation : médicaliser la relation (mesure des paramètres vitaux, s'enquérir de l'état physique), proposer un verre d'eau, des soins de confort

Quelques pistes à adopter

- Utiliser une diversion : parler d'autre chose concernant le patient
- Relation soignant/ soigné : coopérer dans la mesure du possible
- Composante émotionnelle de la relation : prendre conscience de ses propres émotions et en extérioriser un minimum : on peut choisir d'en faire part lorsqu'il s'agit d'une inquiétude plutôt empathique et positive
- Poser des limites : dans le cadre du règlement du service, de la prescription médicale ; faire concorder le verbal et le non verbal quand on pose des limites

Conclusion

1. Interroger pour recueillir les éléments indispensables (répondre aux questions : quoi, quand, combien, depuis quand, comment...)
2. Réaliser l'observation clinique (paramètres vitaux +/- outils complémentaires)
3. Analyser et déterminer la gravité de la situation
4. Moduler la vitesse de prise en charge si nécessaire

=> Transmettre et communiquer

A vous
d'expérimenter !!