Infirmier aux urgences : entre polyvalence et compétences spécifiques

Anaïs CLAVIER

IDE SAU HEH - Janvier 2025

Plan

I. Service d’accueil des urgences

II. Infirmier aux urgences

III. Infirmier organisateur de l’accueil

a. Le tri

b. L’orientation

IV. Étude de cas clinique

Bibliographie

I. Service d’accueil des urgences

Définition et mission

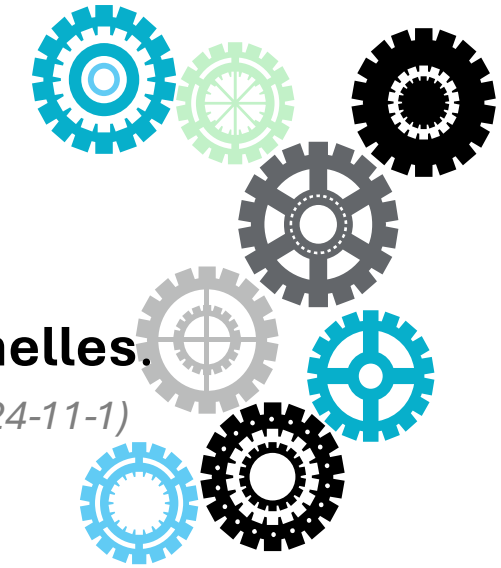
SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

« Service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique »[1] *HAS*

« La mission d'un service (ou structure) d'urgence (SU) est d'accueillir, d'évaluer et de prendre en charge toute situation aiguë à caractère médical ou chirurgical d'une personne qui s'y présente, spontanément ou adressée par un médecin » […][2] *SFMU*

Structuration

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES



En France, les services d'urgences sont organisés en **zones fonctionnelles**.
Cette structuration s'inscrit au code de la santé public. *(art D6124-1 à D6124-11-1)*

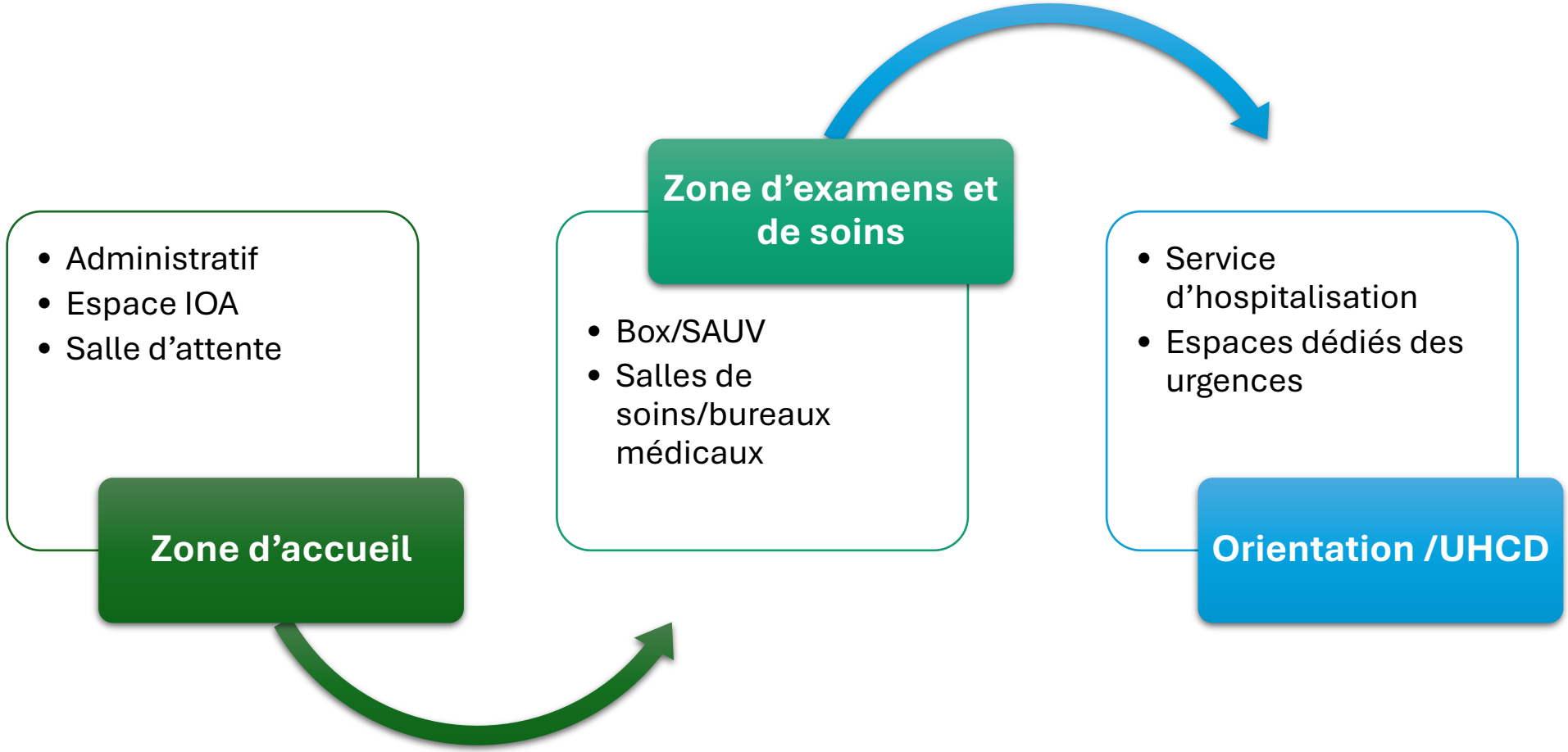
- ✓ **ZONE D'ACCUEIL**
- ✓ **ZONE DE SOINS et D'EXAMENS**
- ✓ **UHCD/ ORIENTATION**

- **ZONE DE SERVICE**
- **ZONE TECHNIQUE**

Étapes du parcours patient
(Règlementaire)

Structuration

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES



Gestion des flux de patients

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

L'organisation interne est propre à chaque service

<u>Recommandations :</u>

- Séparer les flux
- Principe de **la marche en avant**

Ces mesures visent à assurer **une qualité de prise en charge et à optimiser le parcours du patient.**

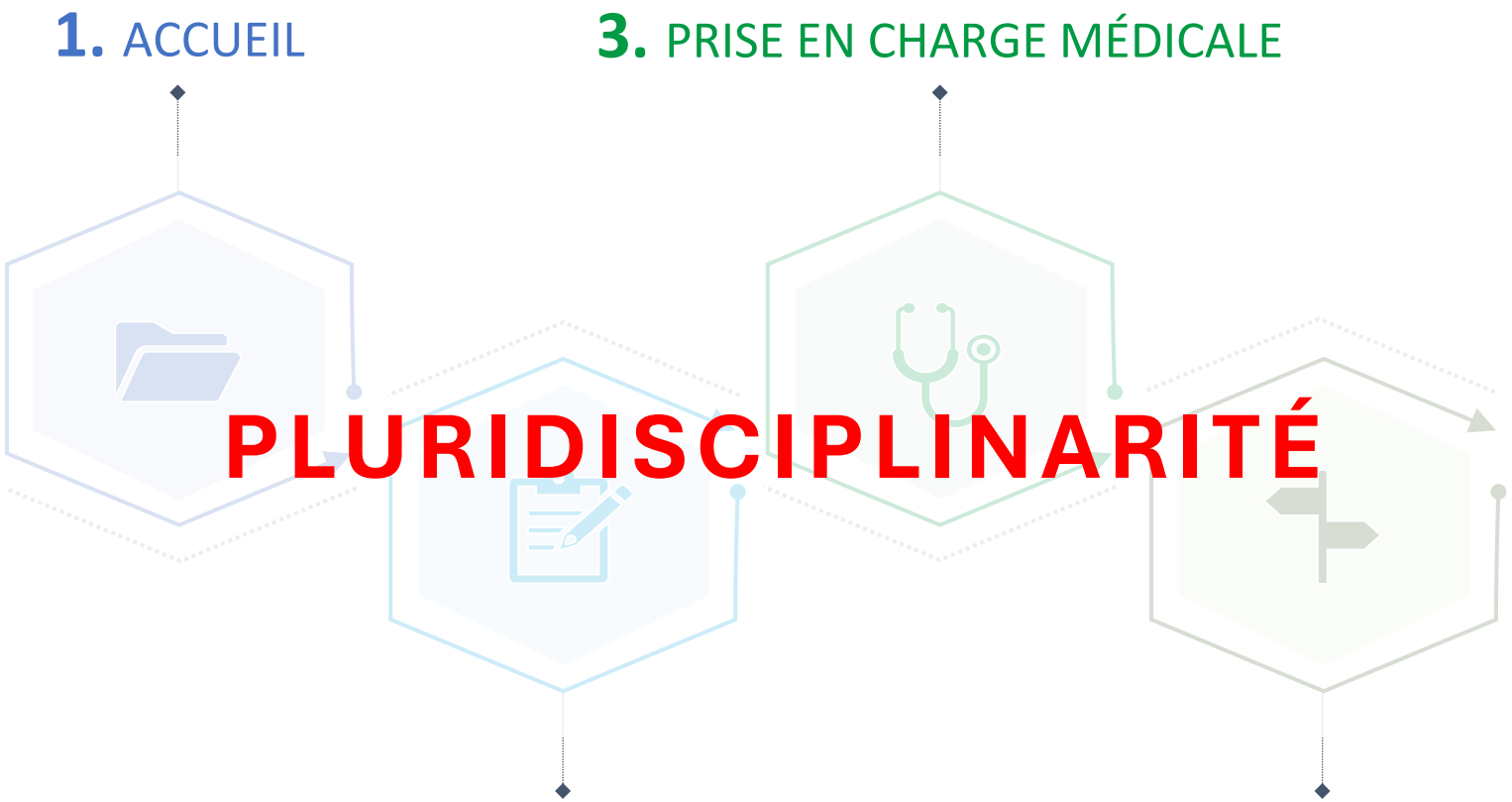
→ *S'adapter à un flux en constante progression.*

→ *S'adapter aux besoins et attentes des usagers.*

- Architecture
- Nombre de passages journalier
- Profil des patients
- Ressources humaines disponibles
- Autres ?

Circuit patient aux urgences

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES



Travail en collaboration

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Équipe administrative

- Agents administratifs
- Secrétaires

Équipe soignante

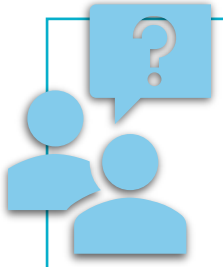
- Équipe médicale :
  Médecins - Internes - Externes
- Équipe paramédicale :
  Infirmiers – Aides-soignants

Équipe technique

- IDE/ASD technique
- Brancardiers
- ASH
- Agents de sécurité

Exemple d’organisation interne

SERVICE D’ACCUEIL DES URGENCES, **PAVILLON N - HEH**



Zone d’accueil

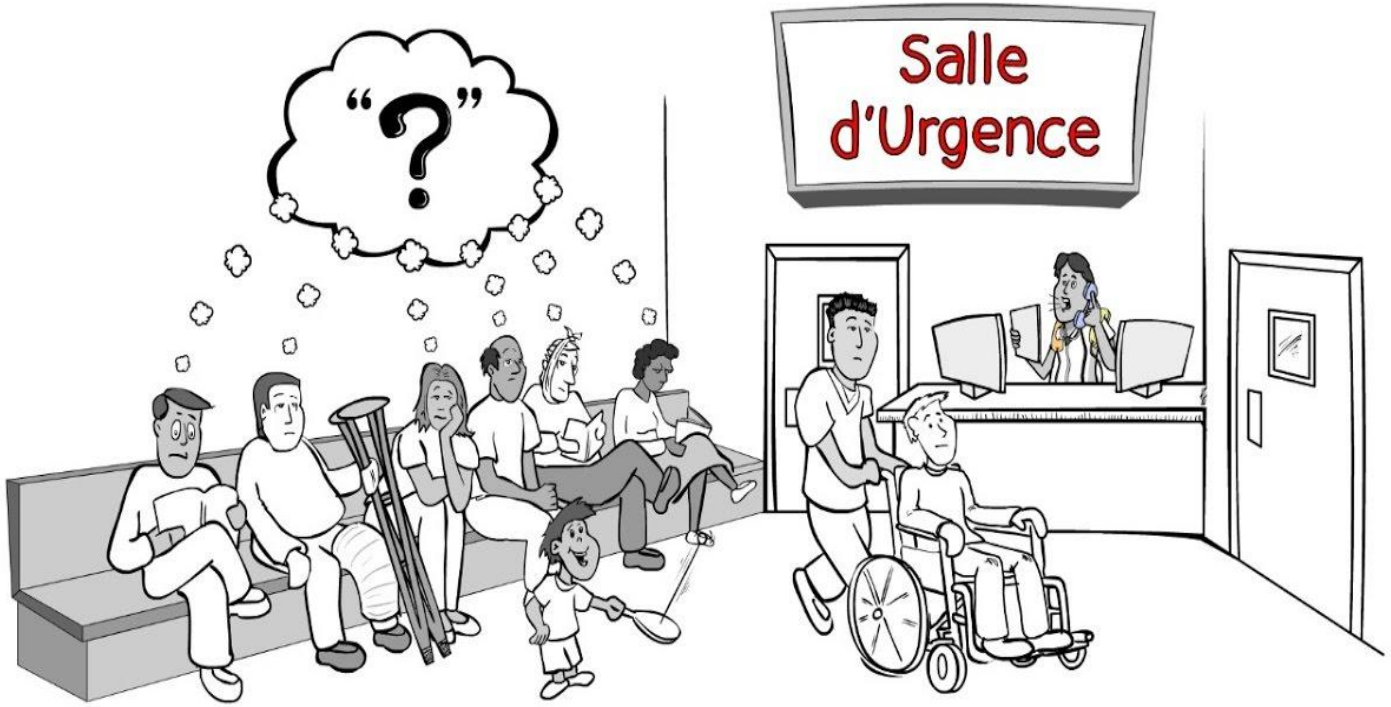
- Espace administratif
- 3 box IOA
- 2 salles d’attente

Zone de soins et d’examens

- Plusieurs filières de soins (SAUV, médecine polyvalente, médecine ambulatoire..)
- Salles dédiées à une activité (plâtre / SOS main/contention)

Orientation/UHCD

- 2 salons de sortie
- 20 lits d’hospitalisation



II. Infirmier aux urgences

Présentation

INFIRMIER AUX URGENCES

Formation

✓ Être infirmier en soins généraux permet d'exercer en structure d'urgences. Une expérience professionnelle est souhaitable mais non obligatoire.

Travailler aux urgences c'est quoi ?

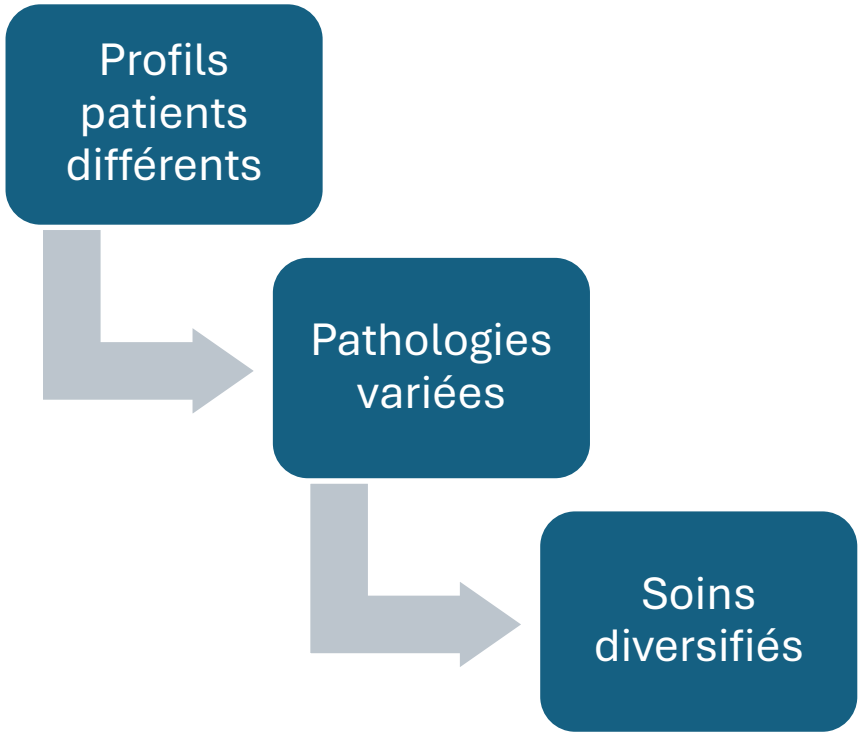
✓ Travailler dans un environnement dynamique et intense
✓ Travailler en équipe pluridisciplinaire
✓ Prendre en charge des pathologies variées
✓ Supporter un rythme et une charge de travail importante
✓ Faire preuve de sang froid
✓ Ne pas aimer la routine

RÉACTIVITÉ - ENTRAIDE - ADAPTABILITÉ

Soins généraux

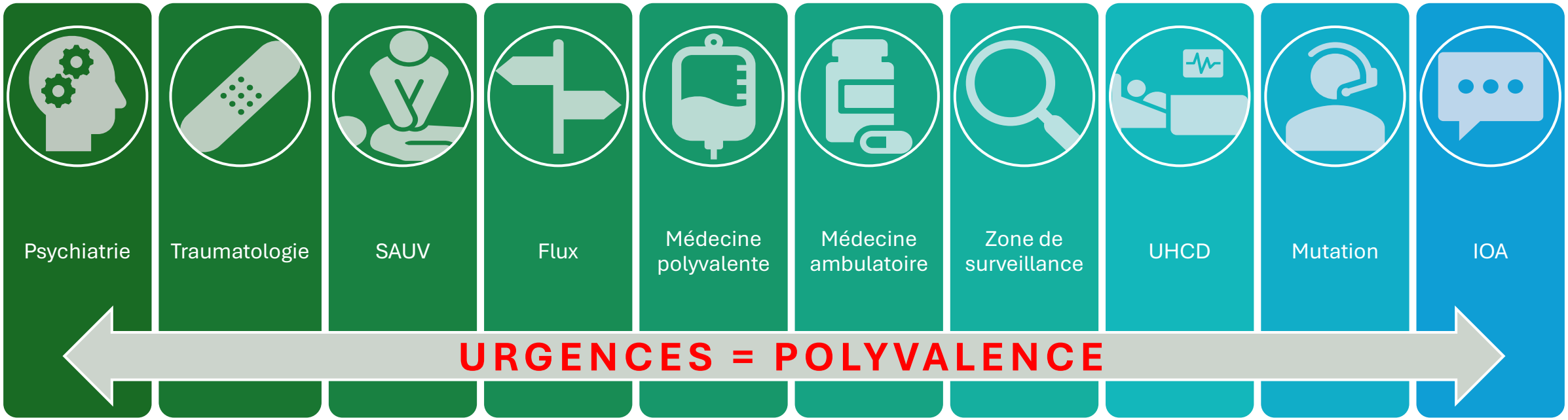
INFIRMIER AUX URGENCES

- ❑ Accueil des patients
- ❑ Réalisation de soins techniques
- ❑ Surveillance continue des patients
- ❑ Coordination du parcours patient



Activité par secteur de soins

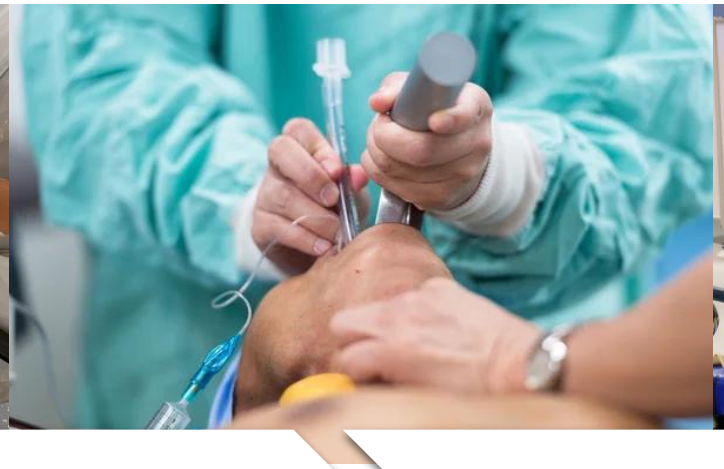
INFIRMIER AUX URGENCES



Soins « spécifiques» des urgences

INFIRMIER AUX URGENCES

Les infirmiers des urgences, suivent un **parcours de formation** qui leur permet une **montée en compétence progressive.**



Psychiatrie et contention

Soins de gypsothérapie

Soins d'urgences

IOA

Gestion des flux

III. Infirmier Organisateur de l'Accueil

Historique

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

- *1989 :* ***Rapport STEG***
  → Insuffisance de l'accueil des services d'urgences
  → L'augmentation de la fréquentation des SU, développe une volonté/nécessité d'améliorer la gestion des flux de patients.

- *1991 : La circulaire du 14 mai 1991 portant sur l'organisation des urgences,* ***définis les missions du poste d'IAO****.*

- *2004 : la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a émis, un référentiel professionnel spécifique.*

- *2006 :* ***Décret législatif*** *précisant le rôle, la fonction et les compétences nécessaires de l'IOA.*

- *2020 : Révision du référentiel de 2004 par la SFMU.*

Formation

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

- ✓ Être titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier(ère).
- ✓ Avoir suivi une formation spécifique IOA effectuée par des organismes agréés.
- ✓ Expérience professionnelle dans le domaine de l'urgences recommandée.

Missions

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

✓**Accueil** du patient

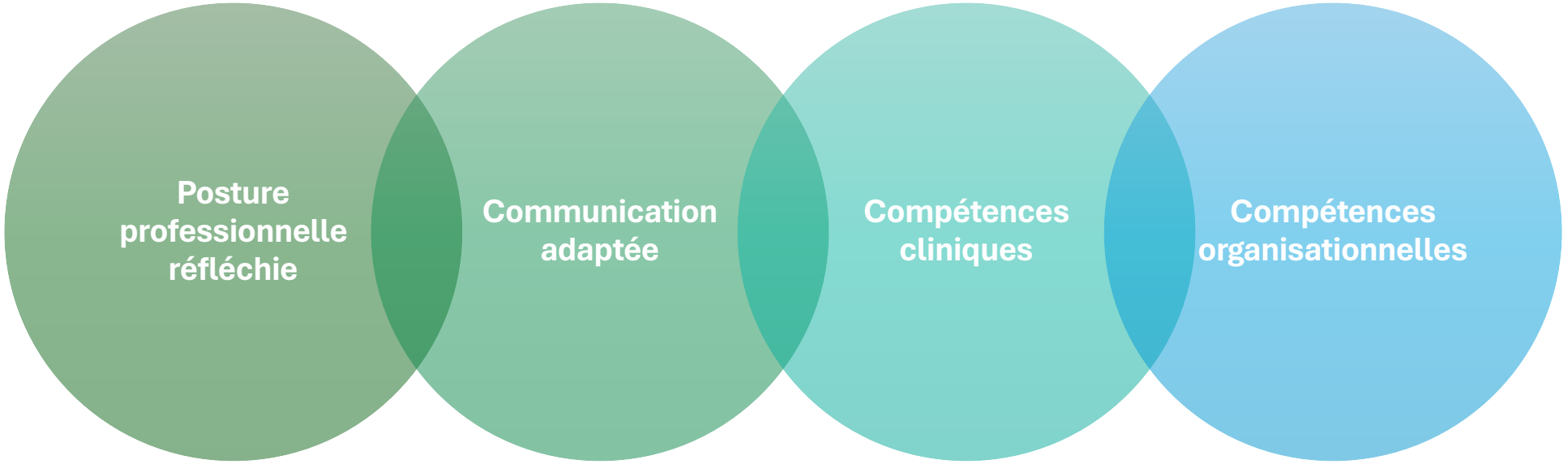
✓**Evaluation** rapide de l'état clinique

✓**Orientation** vers le lieu de soins adapté

- Accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients arrivant aux urgences
- Décider du lieu de soins adapté
- Informer, aider, rassurer
- Surveiller
- Anticiper
- Communiquer et coordonner
- Enseigner

Compétences

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL



Espace et collaboration

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

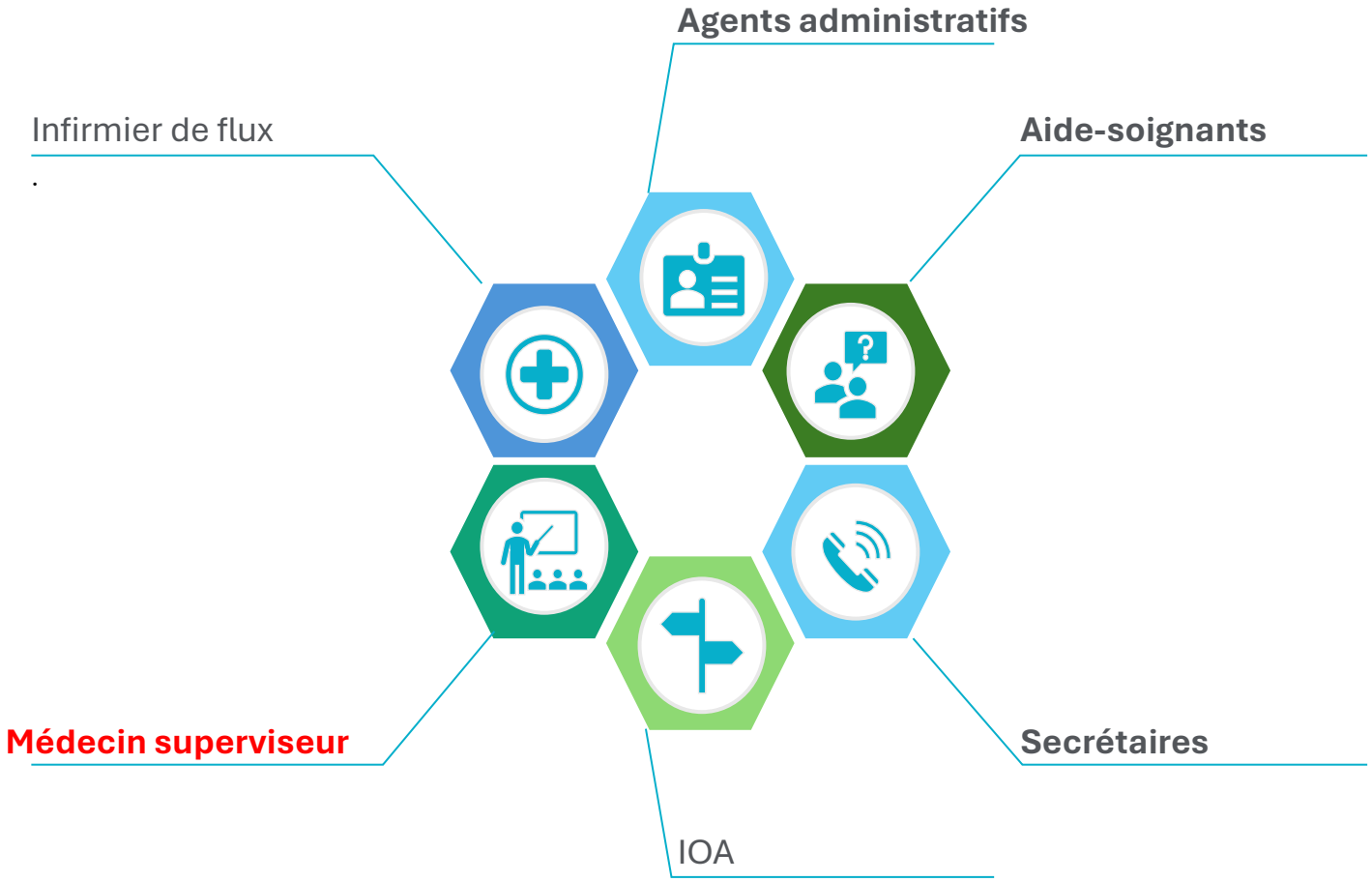
Espace de travail

L'IOA est présent dans la zone d'accueil des urgences. Il exerce sa fonction dans un lieu individualisé pour préserver **la confidentialité du patient** lors de son évaluation.

Travail en collaboration

L'IOA, travaille en **pluridisciplinarité**, afin d'organiser au mieux le début du parcours patient.

L'évaluation du patient est réalisée en **autonomie**. Un **médecin référent** est cependant identifié et peut être sollicité en cas de besoin. (MS/MAO)



a. Le tri

1 2 3A 3B 4 5

Intérêt du tri

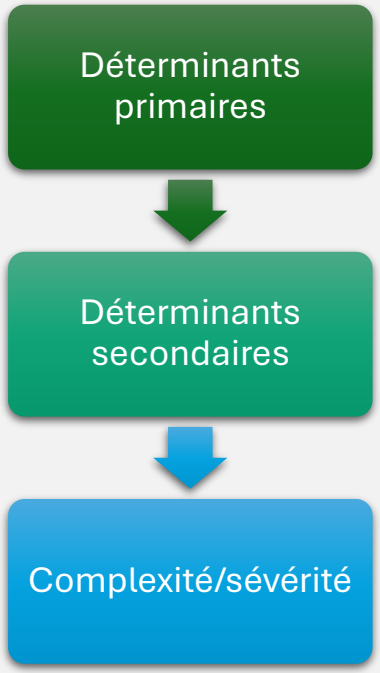
INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

Détecter rapidement les besoins spécifiques de chaque patient afin d'établir un ordre de PEC et ainsi limiter la perte de chance lié à l'attente.

Processus de triage

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

1. Analyse de la situation



+

2. Décision du niveau de tri et choix de la zone/structure de soins adaptée

Déterminants primaires

Interrogatoire + examen clinique rapide

→ Définir le motif de recours aux urgences, anamnèse, objectiver les plaintes

Déterminants primaires

Méthode :

- **Quoi:** Le motif de venue
- **Quand:** Depuis quand, début du/des symptômes
- **Comment:** Mode de survenue, circonstances
- **Combien:** Intensité des symptômes, résistance à un ttt…
- **Qui:** Comorbidités, atcd
- **Où:** Lieu de « l'incident », domicile, VP, devant témoins, famille…

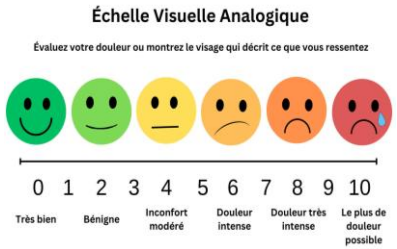
Méthode canadienne : PQRST AMPLE

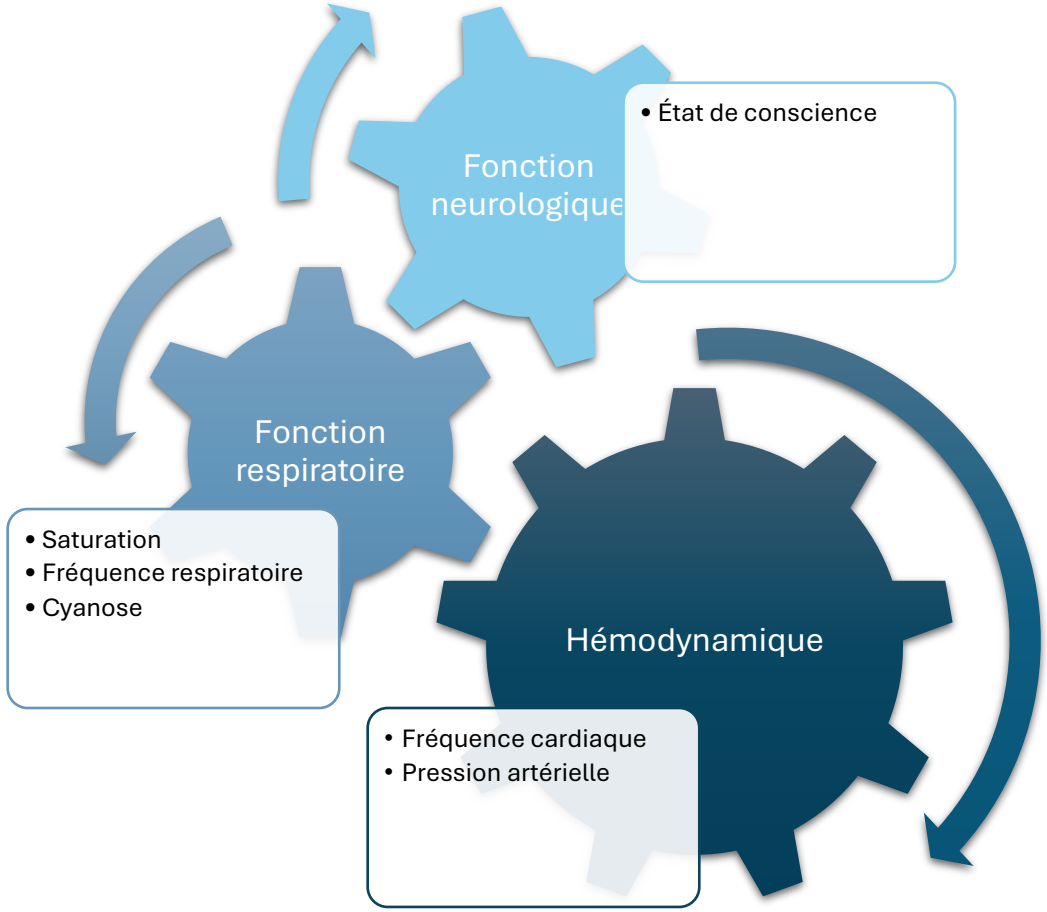
Mot d'admission :
Précis - concis
Pas de diagnostic

Si on ne peut pas répondre au 3Q2C… on se fie à **la clinique!!!**

Déterminants secondaires

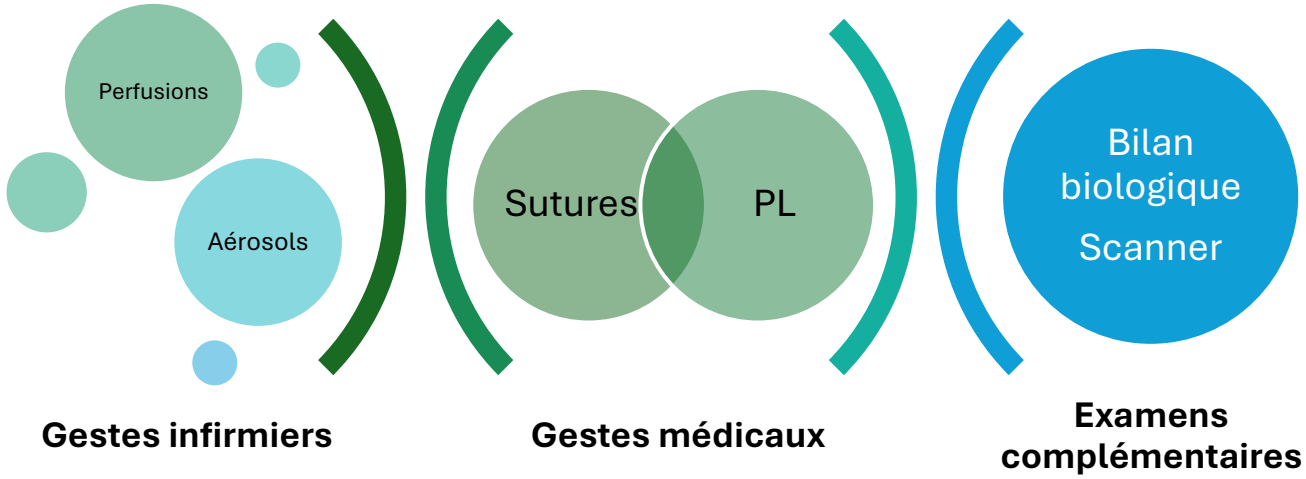
- Glycémie
- Cétonémie
- Température
- DEP
- Évaluation de la douleur
- Etc..





Complexité/sévérité ?

❑ Ressources hospitalières consommées ?

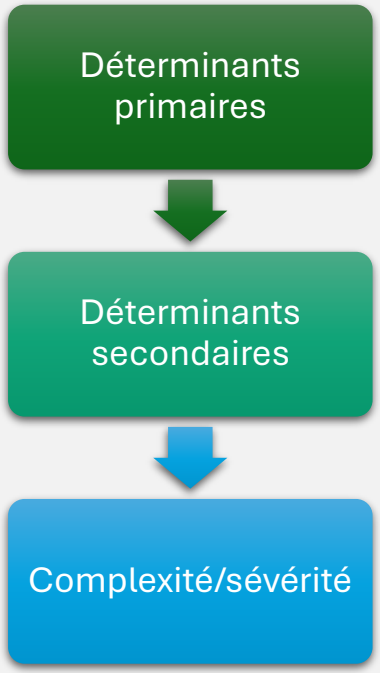


❑ Perte de chance en cas d'attente ? Hospitalisation en aval des urgences ?

Processus de triage

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

1. Analyse de la situation



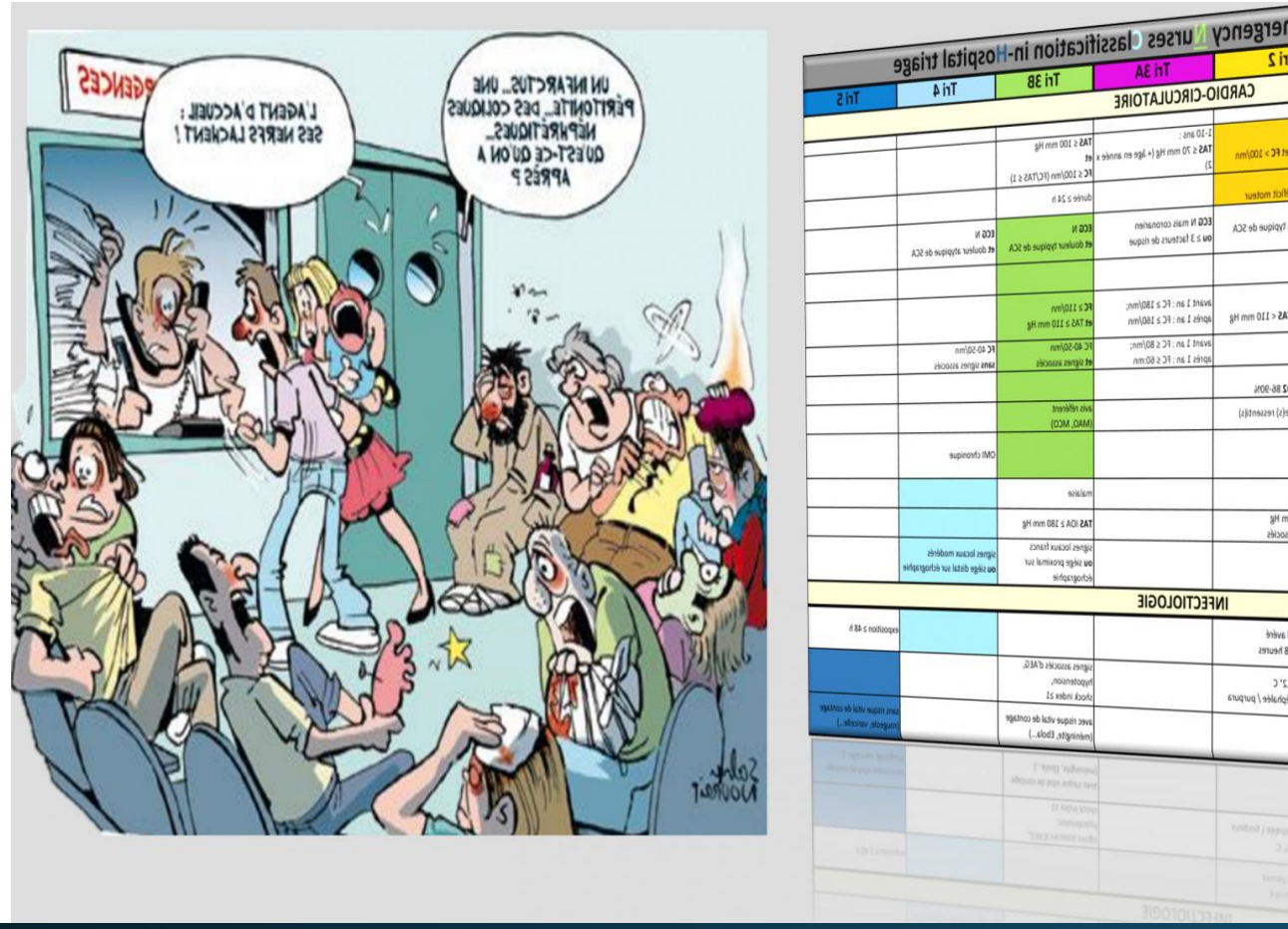
+

2. Décision du niveau de tri et choix de la zone/structure de soins adaptée

Échelle de tri : French emergency Nurse Classification Hospital

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

- Classification infirmière des malades des urgences
- Outil d'aide au tri recommandée par la SFMU
- 5 niveaux de tri de priorité croissante
- Simple et reproductible
- La CIMU anticipe les futures ressources consommées et le risque d'admission



FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'agravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et 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) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE 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 IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	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 par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

Échelle de tri : French emergency Nurse Classification Hospital

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

FRENCH triage — motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage							
ABDOMINAL							
Vomissement de sang/ hématémèse	2		hématémèse abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Maelena/rectorragies	2		rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régressive / indolore
Ictère	3B						
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B				avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/ estomac/intestins	4		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4		douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5			enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5				suspicion abces/fissure		
Hoquet	5				hoquet incessant (≥ 12 h)		

33

FRENCH triage — motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage							
RESPIRATOIRE							
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP ≥300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante				
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée	enfant	pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5				fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE							
Douleur articulaire/arthrose/arthrite	4				fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé		fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5				fièvre ou impotence du membre		

34

FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL							
Vomissement de sang/ hématémèse	**2**		hématémèse abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Maelena/rectorragies	**2**		rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale	**3B**		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régresssive / indolore
Ictère	**3B**						
Problème technique (stomie, cicatrices post op…)	**3B**				avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	**4**		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/ estomac/intestins	**4**		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	**4**		douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	**5**		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements	**5**		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	**5**			enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	**5**				suspiçion abces/fissure		
Hoquet	**5**				hoquet incessant (≥ 12 h)		

FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
RESPIRATOIRE							
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP ≥300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante				
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée	enfant	pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5				fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE							
Douleur articulaire/arthrose/arthrite	4				fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé		fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5				fièvre ou impotence du membre		

b. L’orientation

Prise de décision

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

Choix d’orientation

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L’ACCUEIL

Un impact non négligeable

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

- ✓ **Impact sur la PEC du patient**
- ✓ **Impact sur le flux global**
- ✓ **Impact sur l'équipe**

Le rôle de l'infirmière d'accueil des urgences est fondamental, en particulier lorsqu'il y a un flux de patient conséquent et que tout le monde ne peut pas être installé directement. « SFMU »

La réorientation

INFIRMIER ORGANISATEUR DE L'ACCUEIL

Proposer une offre de santé adaptée au besoin du patient

Notion « du bon patient, au bon endroit, pour les bons soins »

Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence, Québec

Désengorger les services d'urgences

IV. Étude de cas clinique

Cas n°1

- Homme de 32 ans, se présentant pour plaie arcade gauche lors d'un match de basket. TC sans PC. (Dit avoir été sonné). Saignement non actif.

- G15
- TA :142/87 ; FC : 94 bpm ; T° 36,8 ; Sat 99%
- ATCD : fracture cheville D

TRI ?

Cas n°2

- Femme de 26 ans, se présentant spontanément pour des douleurs lombaires depuis quelques jours avec de la fièvre ne cédant pas malgré le paracétamol. Asthénie et pâleur.

- TA : 88/40 ; FC : 139 bpm ; T° : 38.8 ; Sat : 99% ; FR : 28 ; EN = 8/10
- ATCD : Pyélonéphrite

TRI ?

2

Cas n°3

- Homme de 40 ans, se présentant pour éruption cutanée apparue il y a deux jours avec plaques rouges (type papules) au niveau du MI et du MS. Pas d'oedème au niveau du visage, pas de sensation de gène respiratoire. Absence de douleur.

- TA :158/77 ; FC : 88 bpm ; T° 36,8 ; Sat 99% ; FR 16
- ATCD : HTA

TRI ?

Anti histaminique ?
Médecine de ville

5

Cas n°4

- Femme de 42 ans admise pour anomalie de résultat biologique. Appel du laboratoire : hémoglobine : 64 g/L. Essoufflement depuis plusieurs jours. Pâleur. Pas de saignement extériorisé.

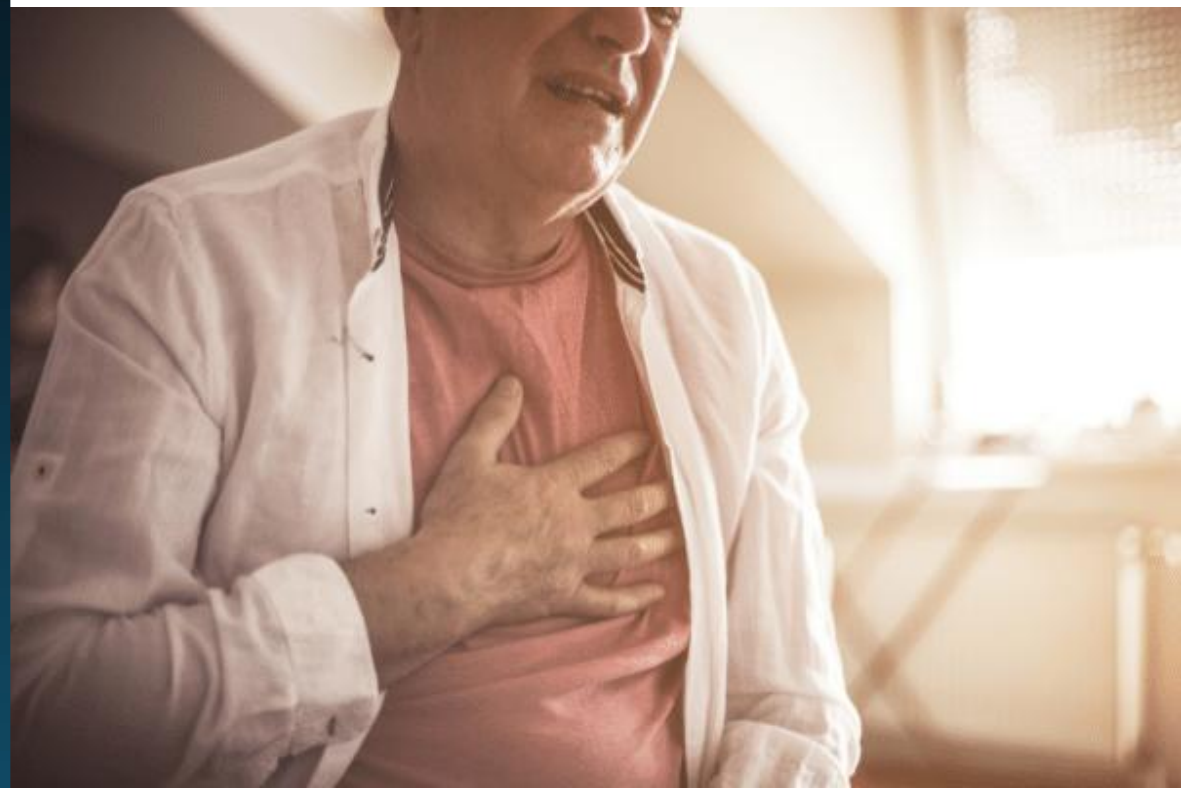
- TA : 126/81 ; FC : 96 bpm ; T°36,8 ; sat 98%
- ATCD :

TRI ?

3A

À vous de jouer !

« J'ai mal là »



- ✓ Localisation de la douleur
- ✓ Circonstances d'apparition (effort/repos)
- ✓ Type de douleur (brûlure? Oppression?)
- ✓ Irradiation?
- ✓ Facteurs apaisants ?
- ✓ Durée ?
- ✓ Signes associés (dyspnée ?)
- ✓ FDRCV ?
- ✓ ATCD familiaux 1er degré++

À vous de jouer !

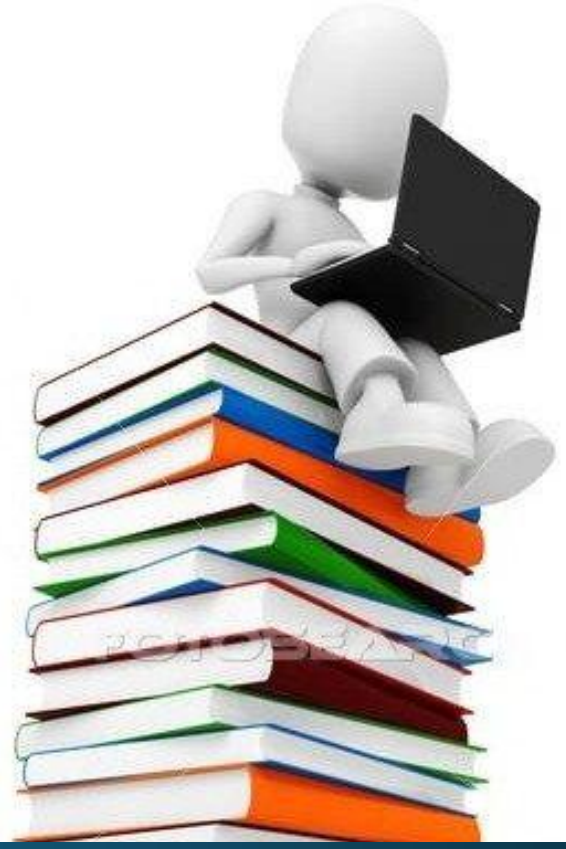
Ambulanciers : *« On t'amène ce patient pour une suspicion d'occlusion. ATCD : TNC, HTA, diabétique, occlusion »*

- ✓ Douleur abdominale ? Localisation ?
- ✓ Vomissements ? Alimentaires ? Fécaloïdes ?
- ✓ Date des dernières selles ?
- ✓ Aspect des selles ?
- ✓ Alimentation ?

- ✓ Distension abdominale ?
- ✓ Marbrures ?
- ✓ Paramètres hémodynamiques ?

Questions ? Réponses

Bibliographie



- [1] *Haute Autorité de la Santé - Certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Urgences-SAMU-SMUR - novembre 2020*
- [2] *T. Desmettre · A.F. Baron · G. Capellier · K. Tazarourte - L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions – 28 septembre 2013*
- *Gérard BLEICHNER et le groupe de travail sur l'architecture - Architecture des services d'urgences – Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence*
- *Code de la santé publique (art D6124-1 à D6124-11-1) - Structures de médecine d'urgences -*
- *Société Française de Médecine d'Urgence - Infirmier Organisateur de l'Accueil IOA - référentiel 2020*
- *Pr Sandrine Charpentier - Organisation du système d'accueil dans les services d'urgences.*
- *Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence - Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Gouvernement du Québec, 2021*

Merci pour votre écoute ☺