



**L'INFIRMIERE
ORGANISATRICE DE
L'ACCUEIL**



UN PEU D'HISTOIRE...

De 1988 à 1994, l'objectif d'amélioration de la gestion des flux s'accompagne d'une volonté d'améliorer l'accueil. En France, se multiplient des rapports de tous ordres : rapport Steg, rapport sur la qualité de l'accueil suite à enquête IFOP, mémoires universitaires infirmiers.

- **1989** : début d'une structuration des urgences françaises après un rapport sur la sécurité aux Urgences.

Des actions telles que la mise en place d'une formation spécifique infirmière et la rédaction d'une fiche de poste institutionnelles voient le jour.

- **14 mai 1991** : publication de la Circulaire du 14 mai 1991.

On parle d'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation), sans que les textes en vigueur prennent en compte les compétences et responsabilités de l'infirmier(ère) exerçant dans le domaine de l'urgence (tri, orientation).

L'exercice de la fonction d'IAO n'est que très peu cadré par des protocoles écrits et validés par le responsable médical. La fiche de poste n'est pas toujours diffusée au sein des établissements, la formation n'est pas obligatoire (le contenu et la durée fluctuent en fonction de l'organisme formateur), il n'y a pas de poste spécifique pris en compte dans les demandes budgétaires.

En Suisse, l'organisation infirmière de l'accueil s'étend sur 24 h, la formation est permanente.

On constate une amélioration des délais d'attente, bien vite altérée par des délais de prises en charge de l'aval (surtout en France). L'équipement-lits hospitalier, les structures d'aval s'avèrent insuffisants face à une activité en courbe exponentielle. L'agressivité de la population reçue dans les services d'urgences augmente, on parle d'épuisement professionnel pour les soignants syndromes de "*burn out*" bien répertorié dans les pays anglo-saxons.

Avec une croissance annuelle d'activité de 4% et le besoin de décrire leur activité dans les années 1990, la première réponse des urgentistes a été de mettre en place en 1994 un indicateur de charge en soins. Cette classification a pris le nom de « **Classification Clinique des Malades des Urgences** » ou **CCMU**.

La **CCMU n'est pas un outil pour le triage** par une infirmière d'accueil et orientation. Néanmoins, il ébauchait à l'époque la distinction entre les malades stables (classe I et II) et les malades potentiellement instables (classe III) ou instables de façon patente (classe IV et V).

De 1995 à 2000, l'objectif institutionnel est le même (gestion des flux, qualité de l'accueil). Les actions se multiplient : en France (référentiel ANAES, recommandations des Agences Régionales de l'Hospitalisation, convention avec les secteurs spécialisés : mise en place d'infirmiers experts, enveloppe budgétaire ciblée) et en Suisse (référentiel, protocoles écrits, procédures d'évaluation).

On constate malgré cela une insatisfaction de l'utilisateur liée au délai d'attente (problème de l'aval), surtout en France.

L'agressivité verbale évolue vers une violence certaine, se pose le problème de la sécurité des équipes.

En conclusion, malgré l'importance des moyens mis en œuvre, on constate une insatisfaction de l'utilisateur portant sur la qualité de l'accueil et une insatisfaction du professionnel de santé qu'est l'infirmier d'urgence, en termes d'épuisement et d'insécurité.

Les infirmiers ont tenté de répondre aux objectifs ciblés tels que l'amélioration de la gestion des flux et de la qualité de l'accueil, mais n'ont pas suffisamment tenu compte de certains paramètres tels que : accueil personnalisé du patient et de ses accompagnants, tri efficace, gestion de l'attente, prise en charge holistique, protection du professionnel de santé.

En 2001, le Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers (CCII) de la SFMU, présentait un projet de formation devant permettre aux Infirmiers d'urgences de définir l'accueil, le tri et l'orientation, de déterminer les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la **fonction d'IAO**, de délimiter le champ d'activité, d'en déduire les axes de formation et d'aboutir à une démarche d'évaluation.

En 2002, après avoir défini les axes de formation (rôle de l'IAO, accueil et soin relationnel, tri et processus de tri, aspects éthiques et juridiques, procédure d'évaluation, techniques de communication, gestion du stress) et la démarche d'évaluation (protocoles écrits, définition et utilisation de critères, actualisation des procédures), le CCII décide de bâtir un référentiel sur l'exercice de cette fonction.

Ce référentiel s'est enrichi de recommandations portant non seulement sur une formation spécifique, mais également sur les conditions matérielles et organisationnelles d'exercice de la fonction et sur les outils devant être mis à disposition (fiche de poste, outils de tri, grille d'évaluation).

En 2003, les membres référents médicaux et infirmiers de la SFMU rédigeaient une Charte définissant ce qu'est la médecine d'urgence, les conditions requises de bon fonctionnement des services d'urgence, les compétences des acteurs intervenant dans le domaine de l'urgence.

Comme dans toute organisation rationnelle, il est effectivement indispensable de définir "qui fait quoi". Les équipes d'un service d'urgence, bien que leur organisation soit dépendante de flux aléatoires d'arrivées de patients, ne peuvent l'ignorer.

Ainsi, les fonctions et compétences sont-elles précisées et cadrées. Quelques points de sémantique sont précisés : l'**orientation médicale** porte sur la prise de décision de l'urgentiste, après consultation du patient, d'une hospitalisation, d'un retour domicile ou d'un recours à une structure d'aval particulière.

De fait, l'infirmier(ère) devient organisateur (trice) de l'accueil : IOA. En découle une **fiche de poste** dont les objectifs sont de :

- connaître le champ de ses compétences,
- l'interaction de ses fonctions avec les autres acteurs,
- son positionnement hiérarchique.

Elle clarifie les qualités requises et les formations nécessaires au bon exercice des fonctions que la personne doit exercer.

COMPETENCES REQUISES

Formation et qualifications requises

- Être titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier(ère) ;
- Avoir suivi une formation spécifique IOA effectuée par des organismes agréés par les sociétés savantes de l'urgence.

Expérience professionnelle et connaissances particulières requises

- Détenir une expérience professionnelle dans le domaine de l'urgence de 2 ans au minimum ; (*connaître les gestes d'urgence et les différentes pathologies traitées aux urgences*)
- Connaître les textes législatifs en vigueur ;
- Savoir gérer le stress et l'agressivité des patients et familles ;
- Savoir utiliser les outils existants et faire formuler le patient dans le cadre de la prise en charge de la douleur ;
- Posséder les connaissances suivantes (sinon lui faire bénéficier d'une formation) :
 - utilisation du matériel informatique (logiciel de gestion des urgences),
 - utilisation des outils de tri ;
- Connaître les structures hospitalières et extra-hospitalières.

Qualités requises

- Avoir une attitude assertive ;
- Posséder la réactivité nécessaire à l'observation et à la prise de décision ;
- Savoir évaluer et tenir compte de la charge de travail de l'équipe, des impondérables ;

- Présenter une tenue et un langage discrets et respectueux.

Issu du référentiel IOA / SFUM

LE CADRE REGLEMENTAIRE

La pratique de l'IOA s'exerce dans le cadre des textes réglementaires qui régissent la profession d'infirmière.

- **Décret n°93-221 du 16 février 1993** relatif aux règles professionnelles des IDE.
- **Décret n°93-345 du 15 mars 1993** relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession IDE.
- **Circulaire du 14 mai 1991** relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation
- **Décrets n° 95-647 du 9 mai 1995 et n°97-615 du 30 mai 1997** relatifs à l'accueil et aux traitements des urgences dans les établissements de santé
- **Décrets n°95-648 du 9 mai 1995 et n°97-616 du 30 mai 1997** relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisées à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences.

Seule la circulaire du 14 mai 1991 mentionne la fonction d'une infirmière d'accueil.

Elle dit que : « *la nécessité d'un fonctionnement en équipe pour une prise en charge des patients selon des modalités pré définies conduit à préciser le rôle de chacun des acteurs dans le déroulement chronologique de la prise en charge des arrivants...* » et donne des indications sur « *l'infirmière d'accueil* ».

Son rôle est essentiellement centré sur l'accueil, la surveillance et l'information des patients et / ou des familles.

Les service d'urgences, notamment ceux qui avaient un flux important, se sont appuyés sur ce texte et ont travaillé à leur organisation et mise en place d'une IDE à l'accueil. La fonction d'accueil de l'IDE est devenue une fonction d'orientation.

Face à cette évolution, il est apparu nécessaire de définir clairement la fonction de l'IOA à travers les missions qui lui sont dévolues.

1) MISSIONS

- **Accueillir tout patient** qui consulte aux urgences et établir des priorités en fonction de critères pré établis.
- Mettre en place des conditions d'accueil et d'examen appropriées à la mission.
- Savoir établir une **corrélacion entre le niveau de gravité ou non du patient et son orientation** et/ou son délai d'attente
- Optimiser les délais de prise en charge des patients
- **Orienter** vers le circuit le plus adapté en fonction du niveau de priorité évalué
- Effectuer une orientation initiale cohérente au sein du SAU
- Etablir une **coordination avec l'équipe médicale** et paramédicale en amont et en aval de l'IOA
- **Savoir utiliser les outils** mis à disposition pour effectuer cette fonction : les grilles de priorisation
- Gérer les situations sanitaires exceptionnelles, alerter et protéger les soignants, malades et l'institution

→ Répondre à un double impératif médical et organisationnel

→ **REPERER, EVALUER, TRIER, DIRIGER**



2) OBJECTIFS ET PRINCIPES DU TRIAGE

- Objectif :

Classer les malades à l'accueil en fonction de leurs « **besoins de soins** » ; **impératif organisationnel** (faciliter l'orientation) et **médical** (réduire l'intensité d'un symptôme, éviter une perte de chance liée à l'attente...) tout particulièrement en cas d'afflux

- Principes :

Hiérarchiser les besoins des malades est complexe : les critères pour le faire ne sont pas toujours clairs, les patients n'entrent pas toujours dans des cases...

Quand privilégier la douleur physique ou la détresse psychique sur un risque potentiel vital ? Comment intégrer l'âge, la maladie ou le handicap ?

L'appréciation des données utiles au triage fait appel à l'humain et à ses failles. Ce recueil se fait avec des contraintes, constantes dans les services d'urgences : contraintes de temps, de langage, de culture ou de bruit, de lieu, de traçabilité qui compliquent encore l'art du triage.

Certains patients sont difficiles à interroger, ont besoin d'une évaluation technique méticuleuse, d'explications sur le déroulement de la prise en charge ou encore de premiers soins.

Mais le triage doit être court, un triage trop long risque de prolonger la durée d'attente des patients en amont du box d'accueil

3) LES REGLES DE BASE DE L'IOA POUR UN TRIAGE DE QUALITE DES PATIENTS AU SAU

- un(e) IDE dédié(e)
- réalisé **le plus tôt possible** après l'arrivée à l'accueil.
- organisation de l'accueil **adaptée à l'intensité du flux** (adapté la durée de l'entretien d'accueil)
- l'IOA garde, entre deux patients triés, un **contact visuel** sur ceux en attente
- le délai d'attente avant triage **ne dépasse pas trente minutes**
- le triage doit s'effectuer en un lieu individualisé, avec un matériel adapté et des conditions qui assurent au mieux la confidentialité.
- le triage **concerne tous les patients** : effectué en toute neutralité, sans discrimination vis-à-vis du malade ou du motif de recours au soin
- le triage doit être réalisé à l'aide d'une **échelle spécifique**.
- l'ensemble des informations recueillies lors du triage et le niveau de priorité qui en découle apparaissent dans le dossier patient.
- La durée de l'accueil doit être d'environ **5 à 10 minutes maximum**.
- l'IOA s'appuie sur l'expérience du travail en SAU et sur une formation spécifique.
- le triage permet d'orienter chaque patient vers le secteur de prise en charge adapté.
- le triage permet de réorienter, selon avis médical et/ou protocole, les patients qui ne nécessitent pas une prise en charge au sein de la SU.
- le triage définit pour chaque niveau un **délai maximum d'attente** avant prise en charge médicale.
- au terme du triage, les patients et les accompagnants sont informés sur la durée prévisible de leur attente malgré son caractère très approximatif.
- Une **réévaluation** sommaire des patients en attente quand le délai prévu par le triage est dépassé.

4) DEROULE DE L ACCUEIL D UN PATIENT

Pris sur le modèle du triage CIMU (classification infirmière des malades aux urgences)

Avant de décider du lieu de soins adapté aux besoins du patient, l'IOA doit **observer** et noter les éléments qui servent à affiner la précision du degré d'urgence :

- Le **motif de recours** exprimé ou non par le patient (*plainte du patient, symptomatologie, observation comportementale*) ;
- Les **circonstances de survenue** (*début des symptômes, évolution, aggravation, notion de voyage*) ;
- Les **antécédents pertinents** (*allergies*) ;
- Les **traitements spécifiques en cours** (*anticoagulant, hypoglycémiant...*).

Appuyer vous sur la feuille du SAMU et la fiche bilan des pompiers ou des ambulanciers.

En fonction de l'observation infirmière (l'évaluation clinique doit être rapide à la recherche de signes de gravité immédiat), l'IOA peut prendre certains **paramètres vitaux** :

- Tension artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, saturation ;
- Glycémie capillaire ; cétonémie, Hemocue ; RAD 57 ; éthylotest
- Évaluation de la douleur (*localisation, heure de début, intensité*) selon différentes échelles (*EVA, algoplus*) ; installation adéquate
- Peak flow, bandelette urinaire

Dans certains cas, l'IOA fera un ECG et s'assurera qu'un médecin puisse le contrôler afin de mieux orienter le patient.

Ne pas oublier d'informer et d'expliquer au patient et à son entourage s'il est présent la suite de la prise en charge.

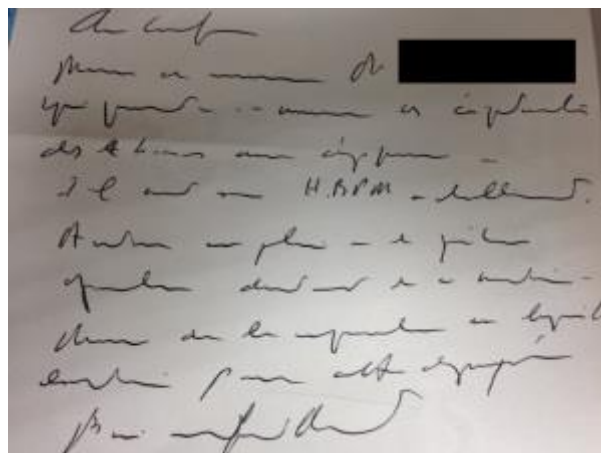
**ASSOCIER CE QUE JE VOIS, CE QUE JE RECHERCHE,
CE QUE L'ON ME DIT, CE QUE JE MESURE**

5) DIFFICULTES A L ACCUEIL

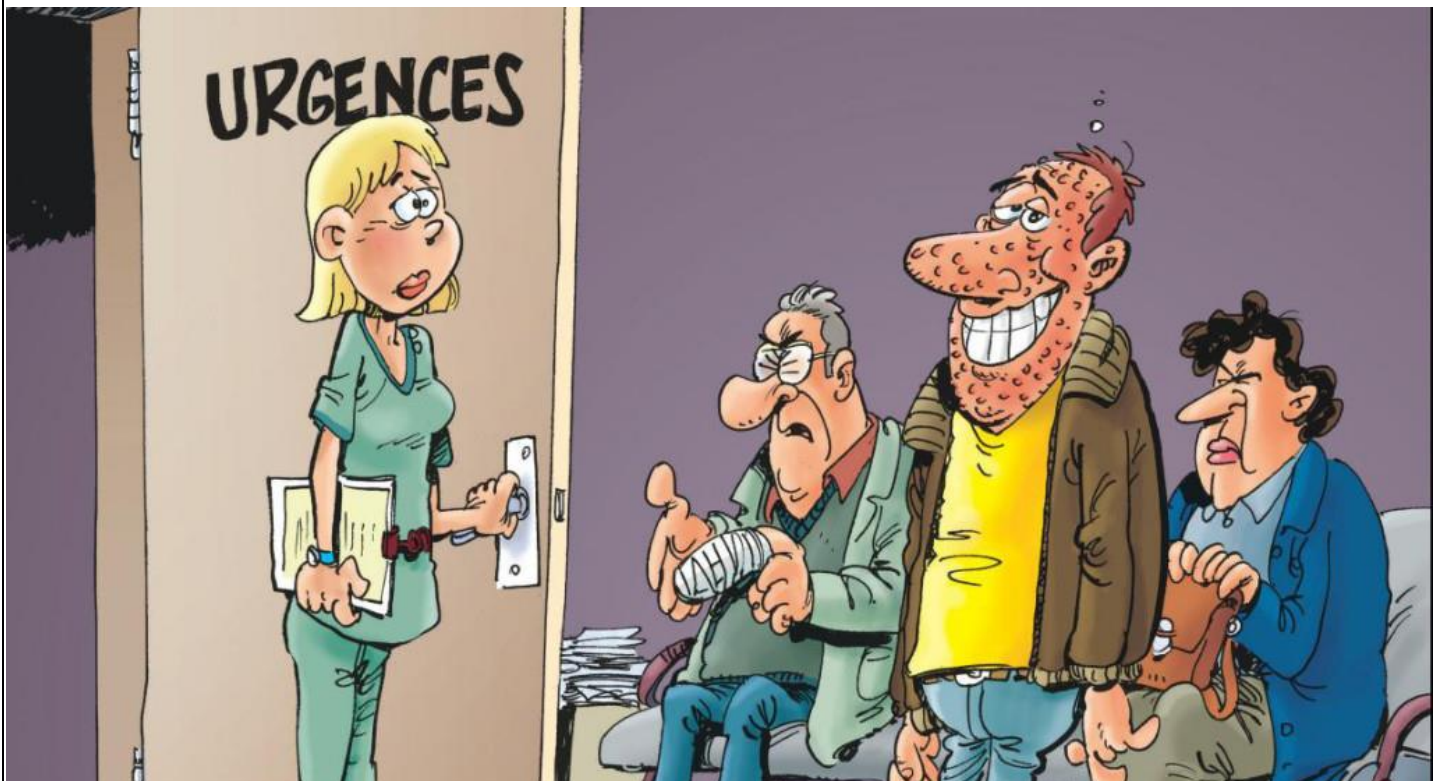
a) L'afflux massif de personnes



- b) Cas particulier : l'hémophile, la femme enceinte du 3eme trimestre, la personne violée, le gardé à vue ou le détenu
- c) Les limites de la communication (LSF, traducteur, voyageur...)
- d) Les fugues (déclaration si nécessaire)
- e) L'alcoolisé sans traumatisme (IPM)
- f) L'absence de problème somatique (urgence sociale)
- g) L'agressivité
- h) La lecture du courrier du médecin !



- i) Les prises en charge spécifiques qui peuvent prendre du temps (sonde bouché, transfert inter hospitalier)
- j) La loi barzach
- k) Le motif d'envoi par le médecin :
 - La suspicion d'embolie pulmonaire adressée par son médecin en marchant
 - Les céphalées de la tête
 - Le malaise vagal
 - La douleur thoracique avec antécédent qui vient avec sa femme
- l) Les demandes inadéquates
 - AES
 - Demande de drogues de substitution
 - Rhume, gastro, grippe...
 - Ordonnances d'examen
 - Vient voir un spécialiste
 - Pas de médecin traitant
 - Nez cassé, Coupure avec une feuille



POUR NE PAS VOUS LAISSER DEBORDER

- Soyez **bref et concis**, cadrer les réponses des patients, ne vous laissez pas entraîner dans des explications longues et sans plus-value pour votre prise en charge : « ça a commencé il y a 10ans... »
- Ne laissez pas la famille parler à la place du patient (notamment sur la douleur).
- **Eloignez** ce qui peut vous « parasiter »
- Aller chercher des **informations utiles**, ne vous noyez pas dans des précisions inutiles.
- Si un patient ou une famille devient agressif, **passer la main**, nous ne travaillons jamais seul aux urgences.
- Ne prenez pas pour vous les critiques, les personnes sont en colère contre un système, sont angoissés...
- Ne pas hésiter à vous appuyer de vos collègues, l'appel à un ami n'est jamais une erreur pour avoir un deuxième avis.
- Ayez toujours une **vue d'ensemble** de l'accueil, il faut avoir l'œil partout.
- Les familles ou les accompagnants ne sont pas là pour vous embêter, appuyez-vous sur eux, ils peuvent toujours vous signaler quand un autre patient se sent moins bien.
- **COMMUNIQUER** : mieux vaut prendre 30secondes pour expliquer la suite de la prise en charge plutôt que perdre du temps et de l'énergie pour expliquer à un patient pourquoi il n'est pas pris en charge après deux heures d'attente.
- **Anticiper** les flux de patients et les places dans les boxes, voyez qui peut être installé dans le couloir, qui ne nécessite plus un box. Appuyez-vous des collègues plus expérimentées, elles ont une habitude et une expertise que vous n'avez pas encore.
- Il ne faut pas attendre des patients prioritaires pour libérer des boxes, ou une longue file d'attente. **L'attente n'est pas une obligation !**

6) TOUJOURS PROPOSER UNE SOLUTION

- services de consultations intra hospitaliers,
- services de consultation extrahospitaliers (médecin traitant, CAPS, SOS médecin, dentiste)
- PASS
- services d'urgence (gynécologiques, clinique de la main, etc....)
- CISIH
- Guide urgence sociale, foyers, samu social
- UMP



CHU de Nantes livret d'information

téléphone : 02 40 08 42 16

mail : pass-regionale@chu-nantes.fr

accueil sans rendez-vous l'après-midi de 13 h 45 à 17 h

Plan d'accès



venir à la Pass (bât. Le Tourville) ou au centre de soins dentaires en transport en commun
tramway - ligne 2 ou 3 arrêt Aïme-Deine
bus - lignes desservant hôtel-Dieu ou Commerce
train - gare accés Nord puis rejoindre la ligne de tramway N°1 et descendre à l'arrêt Commerce

 **CHU de Nantes**
www.chu-nantes.fr
centre hospitalier universitaire
5 allée de l'île Gloriette - 44093 Nantes Cedex 1
Pôle direction générale - service communication - février 2011

CHU de Nantes livret d'information

complément de votre livret d'accueil



permanence d'accès aux soins de santé - Pass

consultation Jean-Guillon

bâtiment Le Tourville / CHU de Nantes

1^{er} étage - 5 rue du professeur Yves-Bocquien - 44093 Nantes Cedex 1



LES DIFFERENTES ECHELLES DE TRIAGE

ECHELLE DE TRIAGE ADULTE CHU

CARDIOLOGIE

100	Arrêt cardio-respiratoire (Absence de pouls carotidien)
102	Insuffisance circulatoire (TAS<80 mmHg [ou baisse>40 mmHg de la TAS habituelle])
102b	Insuffisance circulatoire et/ou marbrures et/ou pouls filant
115	Electrisation
133	Bradycardie < 40 / min ou tachycardie > 130 / min (objectivée ou signalée par médecin)
202	Douleur thoracique (ATCD cardiaque /allure coronarienne /facteurs de risques cardio-vasculaires)
203	Anomalie du rythme cardiaque (Pouls < 50 /min ou > 120 /min , constaté ou noté dans la lettre du médecin)
204	Crise hypertensive constatée (PAS >= 210mmHg et/ou PAD >=110mmHg)
209	Malaise ou syncope (avec antécédent cardiaque)
210	Douleur et modification d'aspect d'un membre (phlébite, ischémie aiguë, érysipèle, douleur sous platre)
301	Douleur thoracique (sans antécédent cardiaque ni facteur de risque cardio-vasculaire)
319	Malaise avec prodromes sans ATCD cardio

DIVERS

114	Comportement violent (Nécessitant la présence de plusieurs personnes)
121	Conditions particulières du patient : Détenu ou gardé à vue
121b	Conditions particulières du patient : Isolement (BHR, BMR, BK, ebola, etc ...)
123	Agression sexuelle (hors orientation UGO)
132	Purpura
199	Priorité 1 sans motif adéquat
242	Suspicion intoxication CO sans signes cliniques
299	Priorité 2 sans motif adéquat
331	Ivresse sans signes de gravité
399	Priorité 3 sans motif adéquat
416	Convocation par le SAU pour intervention ou consultation
418	Urgences sociales (Problème social isolé, conjoint hospitalisé, protection, maltraitance)
499	Priorité 4 sans motif adéquat

DOULEUR

113	Douleur EN > 8
136	Douleur brutale avec horaire de début (abdominale, testiculaire, céphalée, de membres)
202	Douleur thoracique (ATCD cardiaque /allure coronarienne /facteurs de risques cardio-vasculaires)
208	Céphalées aiguës (Récente et/ou inhabituelle)
210	Douleur et modification d'aspect d'un membre (phlébite, ischémie aiguë, érysipèle, douleur sous platre)
221	Douleurs abdominales intenses (5 > EVA < 8) et/ou aiguës
225	Douleur testiculaire
301	Douleur thoracique (sans antécédent cardiaque ni facteur de risque cardio-vasculaire)
303	Douleur légère d'un membre ou d'une articulation (EN < 5)
307	Douleur abdominale légère (échelle <5) ou ancienne (>15jours)
400	Céphalée > 15 jours
402	Douleurs rachidiennes < 5 et sans signe neurologique (ex: lumbago, torticolis, ...)
408	Mal de gorge
409	Mal d'oreille
410	Mal de dents

GASTRO-ENTEROLOGIE

103	Hémorragie massive (Constatée et/ou avec signes de choc et/ou pâleur extrême)
130	Fièvre et Cirrhose
136	Douleur brutale avec horaire de début (abdominale, testiculaire, céphalée, de membres)
221	Douleurs abdominales intenses (5 > EVA < 8) et/ou aiguës
222	Hématémèse, moéléna,rectorragie
223	Nausées, vomissements répétés ou fécaloïdes
224	Corps étranger digestif
240	Sonde de stomie arrachée (non remplacée)
307	Douleur abdominale légère (échelle <5) ou ancienne (>15jours)
308	Symptômes gastro-intestinaux isolés (Diarrhées constipation, vomissements légers, nausées, dysphagie)
413	Demande isolée de cure de sevrage (éthylisme ou toxicomanie)
419	Problème de sonde arrachée, obstruée (urinaire, gastrique)

NEUROLOGIE

104	Troubles de la conscience (Glasgow < 8)
105	Convulsion (constatée à l'accueil)
106	Paralysie et/ou troubles de la sensibilité et/ou de la vue et/ou de la parole, moins de 4h30
106b	Accident neurologique transitoire régressif datant de moins 4h30
134	Paralysie et/ou troubles de la sensibilité et/ou de la vue et/ou de la parole, constaté au réveil
116	Troubles neurologiques post-traumatique
120	Suspicion intoxication au CO (signe neurologique, malaise ou femme enceinte)
129	Convulsion chez la femme enceinte de > 20 semaines d'aménorrhée ou jusqu'à 6 semaines après l'accouchement
131	Convulsion et/ou confusion et/ou déficit neurologique fébrile
136	Douleur brutale avec horaire de début (abdominale, testiculaire, céphalée, de membres)
205	Altération de la vigilance
206	confusion aiguë (<3 jours)
207	Paralysie et/ou troubles de la sensibilité et/ou de la vue et/ou de la parole > 04h30
208	Céphalées aiguës (Récente et/ou inhabituelle)
220	Douleurs rachidiennes intenses (5 < EVA < 8) ou associées à des signes neurologiques
238	Crises convulsives répétées ou première crise
327	Déséquilibre de maladie neurologique chronique (SEP, Parkinson, ...)
321	Convulsion non constatée à l'accueil (avec antécédent d'épilepsie)
324	Vertiges évoluant depuis plus de 24 heures
400	Céphalée > 15 jours
401	Confusion > 3 jours
402	Douleurs rachidiennes < 5 et sans signe neurologique (ex: lumbago, torticolis, ...)

OPHTALMO-ORL-STOMATO

110	Brûlure chimique de l'oeil et/ou traumatisme oculaire
111	Réaction allergique (Signes laryngés ou respiratoires ou chute tensionnelle ou associée à douleur abdominale)
232	Traumatisme ou corps étranger oculaire baisse acuité visuelle,douleur,ouverture impossible de l'oeil
233	Surdité brutale
234	Epistaxis importante ou sous anticoagulant ou trouble de la coagulation
235	Corps �tranger ORL
315	Rougeur de l'oeil ou g�ne oculaire sans douleur ni diminution de l'acuité visuelle
324	Vertiges évoluant depuis plus de 24 heures
408	Mal de gorge
409	Mal d'oreille
410	Mal de dents
411	Epistaxis légères (Sans anticoagulant, ni trouble de la coagulation)

PNEUMO

101	Détresse respiratoire aiguë (FR > 30 ou < 10 et/ou cyanose et/ou tirage)
101b	Détresse respiratoire aiguë (difficulté à parler et/ou pause respiratoire)
111	Réaction allergique (Signes laryngés ou respiratoires ou chute tensionnelle ou associée à douleur abdominale)
120	Suspicion intoxication au CO (signe neurologique, malaise ou femme enceinte)
200	Difficulté respiratoire nette (Crise d'asthme,FR entre 25 et 30 mn, Sat entre 90 et 95%)
201	Hémoptysie
300	Dyspnée modérée ou légère (FR entre 16 et 25 / min, pas de cyanose, pas d'effort respiratoire)

PSYCHIATRIE

112	Intoxication médicamenteuse grave (Etat clinique / produit dangereux /quantité absorbée importante)
114	Comportement violent (Nécessitant la présence de plusieurs personnes)
227	Troubles du comportement
236	Demande SPDT
237	Intoxication volontaire (ou non) avec signe de gravité
312	Etat anxieux (tétanie,spasmophilie)
313	Idées ou menaces suicidaires - Automutilations
314	Traumatisme psychologique (témoin d'accident, d'agression)
320	Intoxication volontaire (ou non) sans signe de gravité
322	Suspicion de syndrome de sevrage alcool/drogue sans signe de gravité
323	Demande spécifique consultation ou hospitalisation / Problème psychologique ou psychiatrique
413	Demande isolée de cure de sevrage (�thylisme ou toxicomanie)
415	Problème psychiatrique chronique (syndrome dépressif sans idée suicidaire ...)

TROUBLES BIOLOGIQUES / ETAT GENERAL

103	Hémorragie massive (Constatée et/ou avec signes de choc et/ou pâleur extrême)
111	Réaction allergique (Signes laryngés ou respiratoires ou chute tensionnelle ou associée à douleur abdominale)
117	Hypothermie < 35° - hyperthermie >41° (coup de chaleur, canicule)
118	Hypoglycémie persistante et/ou avec resucrage PO impossible
135	Hyperglycémie (glycémie capillaire > 22 mmol/L)
119	Trouble métabolique majeur documenté (K > 6 ou < 2,5 mmol/L)
124	Fièvre au retour d'un séjour en zone d'endémie palustre
125	Fièvre et immunodépression
228	Exposition à MST - AES < 48 heures
230	Fièvre + symptômes (troubles digestifs, céphalées etc ...)
231	Trouble métabolique majeur documenté (Ca > 3.25 mmol/l, anémie mal supportée, ...)
303	Douleur légère d'un membre ou d'une articulation (EN < 5)
309	Abcès
310	Fièvre isolée (Aucun autre symptôme)
327	Déséquilibre de maladie neurologique chronique (SEP, Parkinson, ...)
328	Déséquilibre de diabète
329	Décompensation de cirrhose
330	Amaigrissement important
316	Modification récente de l'aspect cutanéomuqueux (urticaireruption aiguë,ictère,érysipèle, ...)
317	Adressé pour trouble biologique non grave (anémie bien supportée, ...)
319	Malaise avec prodromes sans ATCD cardio
403	Chute sans traumatisme identifié ni malaise (ex: adressé pour "bilan de chute")
406	Hématome, tuméfaction, kyste
407	Maladie de peau ancienne

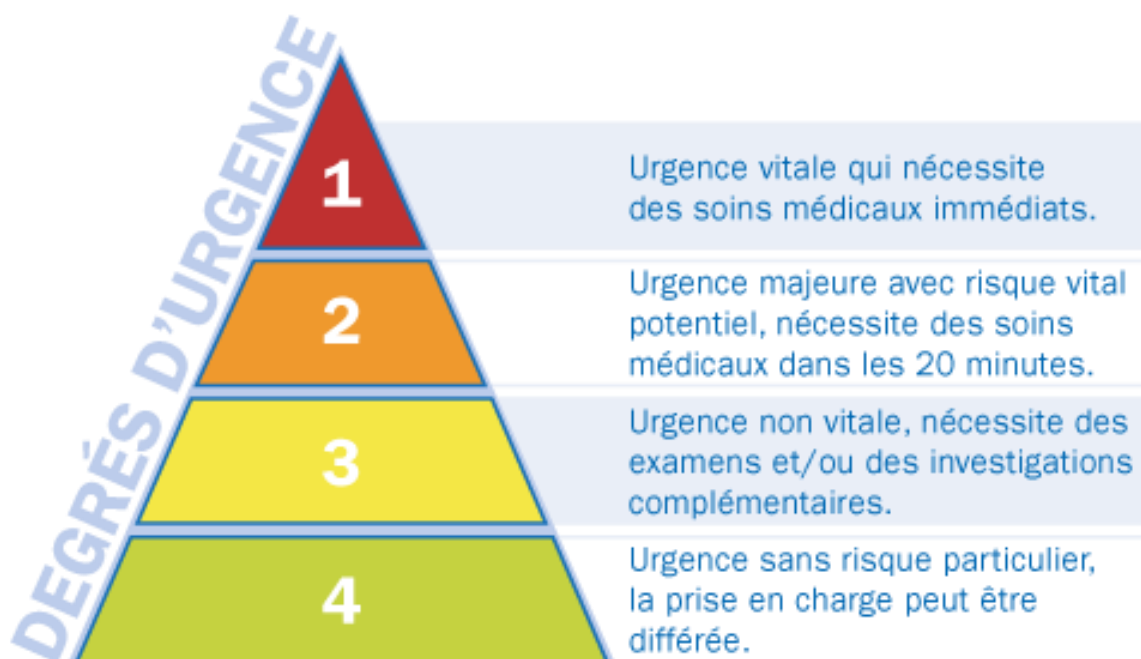
TRAUMATOLOGIE

107	Perte d'un membre ou d'un segment de membre
108	Blessure par balle ou par arme blanche (Abdominale, thoracique ou crânienne)
109	Brûlure du visage ou étendue
113	Douleur EN > 8
116	Troubles neurologiques post-traumatique
122	Traumatisme et risque hémorragique élevé (anticoagulant,trouble de la coagulation,hémophilie)
126	Plaie importante (Profondeur, localisation, corps étranger)
127	Fracture ouverte
128	Traumatisme violent haute cinétique(vitesse élevée,chute >6m,décès dans l'accident)
136	Douleur brutale avec horaire de début (abdominale, testiculaire, céphalée, de membres)
137	Traumatisme articulaire ou d'un membre avec nécessité de réduction / réalignement
241	Brûlures sans signe de gravité
210	Douleur et modification d'aspect d'un membre (phlébite, ischémie aiguë, érysipèle, douleur sous plâtre)
211	Traumatisme crânien avec symptôme (Perte de connaissance,céphalées, vomissements)
212	Traumatisme du rachis (Cervical, dorsal ou lombaire)
213	Traumatisme abdominal ou thoracique
214	Plaie moyenne (profondeur, localisation)
216	Traumatisme de membre avec douleur importante (5 <EVA <8)
302	Consultation Traumatologique
304	Traumatisme Cranien mineur isolé (Sans aucun signe ni traitement anticoagulant)
305	Plaies mineures (Peu profonde, peu étendue, localisation sans gravité)
306	Morsure, piqûre ... sans autre signe
309	Abcès
325	Trauma d'une articulation ou d'un membre sans douleur majeure (EN < 5)
326	Complications sous plâtre sans douleur

405	Brûlure(s) sans gravité
406	Hématome, tuméfaction, kyste
412	Problème d'ongle (Ongle incarné, hématome sous-unguéal)
420	AVP sans traumatisme ni douleur

UROLOGIE

136	Douleur brutale avec horaire de début (abdominale, testiculaire, céphalée, de membres)
225	Douleur testiculaire
226	Rétention d'urine
318	Hématurie ou dysurie sans fièvre
419	Problème de sonde arrachée, obstruée (urinaire, gastrique)



LE TRIAGE CIMU : 5 étapes

CIMU = *classification infirmière des malades aux urgences*

. Construite aux Urgences de l'hôpital Saint-Louis en 1996 puis modifiée en 2006.

. Echelle à cinq niveaux de priorité croissante (de 5 à 1).

. L'attribution d'un numéro de tri est décidée par l'infirmier(e) responsable du triage Recueillir les déterminants primaires du tri

1. Retranscrire par des mots techniques la plainte, souvent imprécise, du patient qui consulte : mener l'interrogatoire de façon semi-directive avec **cinq questions stéréotypées** :

- a. motif(s) de recours au soin (le Quoi ?)
- b. date et heure de début (le Quand ?)
- c. mode de début et évolution (le Comment ?)
- d. intensité du symptôme (le Combien ?)
- e. épisodes similaires, antécédents et comorbidités (le Qui ?).

2. Mesurer les paramètres vitaux pour affiner la complexité/sévérité de la situation, en systématique: la **tension artérielle**, le **pouls**, le niveau de **douleur**, et la **température** (dernier paramètre non indispensable chez un patient de petite traumatologie sans abcès). Puis autres paramètres éventuels :

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 SatO2
Asthme aigu	Débit expiratoire de pointe (<i>peak flow</i>)

3. Proposer un tri à l'aide du tableau de correspondances entre déterminants (étapes 1 et 2) et niveaux de tri.

4. Moduler la vitesse de prise en charge en fonction de l'intensité de la situation. Utiliser un système d'étoile aux patients de tris 4 ou 3, peu complexes et/ou sévères, mais aux symptômes suffisamment intenses pour justifier une vitesse de prise en charge aussi rapide qu'un patient de tri 2.

5. Orienter et/ou initier la PEC en fonction du niveau de tri, des possibilités de prise en charge matérielles et de la disponibilité du tandem infirmier-médecin en aval.

! Les patients de tri 1, 2, 3* ou 4* ne peuvent pas attendre. L'IOA doit informer l'équipe de soins et organiser l'installation du patient le plus rapidement possible dans une salle d'examen appropriée.

! En cas de tri 1, les interventions médicale et paramédicale seront immédiates.

Dans les autres cas, l'intervention paramédicale pourra précéder l'intervention médicale.

Vous avez retenu

la CIMU

» est une échelle de triage adulte qui comporte cinq niveaux de priorité croissante (de 5 à 1).

» combine les déterminants primaires et secondaires d'une situation pour déterminer le numéro de tri d'un patient. La maîtrise de l'interrogatoire et des outils du tri est indispensable.

» propose une table de correspondance entre déterminants du tri et niveaux de tri. Cette correspondance repose sur une estimation de la complexité/gravité d'une situation.

» module la vitesse de prise en charge en fonction de l'intensité d'un symptôme indépendant du niveau de complexité/gravité. Dans ce cas, l'infirmière appose une étoile à côté du tri (ex. 3* ou 4*).

» permet l'orientation optimale du patient et guide la séquence d'intervention du tandem infirmier-médecin.

Tableau I: CIMU-Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Consommation des ressources hospitalières†	Action	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	++ +	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	Déchoquage (SAUV‡)
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	++	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	Déchoquage (SAUV‡)
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	+	≥ 3	Évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1-2	acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

NB : une étoile (*) peut compléter un tri 4 ou 3 pour déclencher une INSTALLATION en box et DEBUTER UNE ACTION SPECIFIQUE nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (action indépendante du pronostic)

†RESSOURCES HOSPITALIERES : prélèvement sanguin, perfusion, injection, ECG, oxygène, aérosols, suture, radiographie, avis spécialiste...

‡SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

Tableau II: CIMU : déterminants du tri

Cardiologie	Tri	Maladies infectieuses	Tri
FC ≥ 180 /mn	1	Méningite (adressée MT)	2
TAS 90-75 / si < 75 mm Hg vérifiée	2/1	Hypothermie $35,5-32^{\circ} C / < 32^{\circ} C$	3/2
Douleur thoracique ou irradiation (ECG+)	2/1	Fiebre nourisson $\geq 39^{\circ} C$ ou adulte $\geq 40^{\circ} C$ [*]	3
FC 120-140 / si 141-180/min	3/2	Fièvre $> 39^{\circ} C$ si comorbidité ou voyage	3
FC 50-40 / < 40 /min	3/2	Risque contamination VIH [*]	5/4
HTA $\geq 200 / \geq 220$ mm Hg et un symptôme	3/2	Adénopathie(s)	5/4
Ischémie aiguë de membre	3/2		
Douleur thoracique antérieure (ECG-)	3	Pneumologie	
Phlébite (adressée MT)	3	Détresse majeure : cyanose, lutte ou FR > 40 /mn	1
Malaise ou perte de connaissance	3	Apnée ou FR ≤ 8 /mn	1
Oedème membre(s) inférieur(s)	4/3	Hypoxie (SatO ₂ $< 85\%$)	1
Palpitations	4	Dyspnée et PF $< 50\%$ théorique (asthme)	2
HTA < 200 mm Hg	5	Dyspnée et FR < 32 /mn / $32-40$ /mn	3/2
		Hypoxie : Sat 94-91 / 90-85	3/2
Dermatologie		Hémoptysie crachats / caillots	3/2
Affection cutanée fébrile, érysipèle (suspicion)	4/3	Pneumopathie ou embolie (suspicion)	3
Eythème étendu	4/3	Douleur latéro-thoracique	4/3
Affection vénérienne	5/4	Dyspnée et PF $\geq 50\%$ (asthme)	4/3
Affection cutanée ou muqueuse limitée	5	Toux +/- crachats	5/4
Endocrino-métabolisme		Ophtalmologie	
Glycémie $> 13,7$ et cétonémie $\geq 0,5 / 1,5$ mmol/l	3/2	Trouble ou perte de la vision	3/2
Glycémie $> 13,7$ et cétonurie $\geq 1 / 2$ croix	3/2	Brulure oculaire, corps étranger [*]	4/3
Anomalie métabolique (voir senior)	3/2	Inflammation oeil ou annexes	5/4
AEG et comorbidité	4/3		
Hypoglycémie et trouble de vigilance [*]	4/3	ORL-Stomatologie	
Glycémie > 20 mmol/l DNID / DID [*]	4	Trouble ou perte de l'audition	3/2
AEG sans comorbidité	5	Epistaxis ou gingivorragie	5/4
		Vertige	5/4
Gastro-entérologie		Angine, odynophagie, tuméfaction ORL	5/4
Hématémèse-Maeléna-rectorragie	3/2	Douleur dentaire	5/4
Occlusion intestinale, appendicite (suspicion)	3		
Ictère	3	Rhumatologie	
Ascite	3	Sciatalgie et autres névralgies	4/3
Douleur abdominale	4/3	Arthrite ou gonflement articulaire	4/3
Corps étranger ingéré ou rectal	4/3	Douleur(s) musculaire(s) ou articulaire(s)	5/4
Constipation ou diarrhée	5/4	Cervicalgie, dorsalgie ou lombalgie	5/4
Nausées ou vomissements	5/4	Pathologie podologique chronique	5
Dysphagie ou hoquet	5/4		
Proctologie (thrombose, fissure...)	5/4	Toxicologie	
		Intoxication	SEN
Gynécologie		Ebriété, ivresse (suspicion)	5/4
Hémorragie gynécologique	3/2		

Contraction/accouchement	3/2	Traumatologie	
Douleur pelvienne	4/3	Multitraumatisme violent	2/1
Hématologie		Trauma violent face, cou, rachis, thx, abdo	3/2
Leucopénie : < 1.000 PNN et fièvre	2	Trauma violent membre (déformation, ouverture cut...)	3/2
Anémie : Hb ≤ 8 g/dL	3/2	Trauma crânien et PC brève /confusion post PC	3/2
Trombopénie : ≤ 50.000	3/2	Trauma membre sans /avec impotence	5/4
Neurologie-psychiatrie		Trauma crânien sans PC	5
Coma profond : GCS ≤ 8	1	Plaie délabrante, amputation	2/1
Coma : GCS = 9-12	2	Plaie cou, thorax, abdomen superf /profonde	3/2
Déficit sensitif ou moteur	3/2	Plaie(s) superficielle / profonde(s)	4/3
Convulsions récentes / en cours	3/2	Plaie(s) : érosion cutanée, abrasion	5
Confusion mentale, trouble vigilance : GCS ≥ 12	3	Brûlure > 10%, visage ou main, ou profonde	3/2
Céphalée brutale inhabituelle	3	Brûlure superficielle peu étendue /5-10%	5/4
Céphalée ≥ 24 h ou sur terrain migraineux	4	Collection abcédée ou hématique	4
Agitation violente ou agressive[*]	4	Corps étranger sous cutanée	5/4
Trouble psychiatrique calme	4	Electrisation	5/4
Angoisse, tétanie...[*]	5/4	Uro-néphrologie	
Divers		Douleur aiguë de bourse	3/2
Transfert SAMU	2/1	Rétention aiguë d'urine	3
Problème technique de sonde, cathéter, plâtre	4	Anurie	3
Autre problème (ex. renouvellement ordonnance)	5	Douleur fosse lombaire ou flanc	4/3
Reconsulte pour réévaluation	4/3	Hématurie macroscopique	4/3
		Traumatisme OGE, priapisme	4/3
		Dysurie, brûlure mictionnelle, écoulement	5/4

* Geste thérapeutique à réaliser éventuellement dans les 20 min (sédation, antipyrétique, hémostase, insuline...)

EHELLE DE TRIAGE PEDIATRIQUE CHU

