



Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences

Retours d'expériences
Tome 3 – Partie 2



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
ET DES SPORTS

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

L'organisation au service de la qualité et de l'efficacité dans les hôpitaux et les cliniques

ANAP
appui santé & médico-social



SOMMAIRE

La réalisation d'examens de biologie	239
Revoir les modalités de réalisation des examens	239
Démarche de mise en place de la bonne pratique	240
Permettre un rendu plus rapide des résultats de biologie au sein du service des urgences	241
Démarche de mise en place de la bonne pratique	242
Protocole de communication des résultats par téléphone – Hôpitaux de Drôme Nord.....	243
Améliorer les prescriptions d'examens biologique	245
Démarche de mise en place de la bonne pratique	246
Aide à la prescription d'examens biologiques – Centre Hospitalier de Landerneau	247
Bon de prescription d'examens biologiques – Centre Hospitalier de Landerneau.....	249
La réalisation d'examens d'imagerie	251
Les patients valides se rendent seuls dans le service d'imagerie	251
Démarche de mise en place de la bonne pratique	252
Signalétique urgence / radiologie – Centre Hospitalier de Landerneau.....	253
Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des extrémités des membres (prescription anticipée).....	254
Démarche de mise en place de la bonne pratique	255
Protocole de prescription anticipée de radiologie par l'externe de chirurgie au sein du service des urgences pédiatriques – CHU d'Amiens	256
Protocole de prescription anticipée de radiologie par IDE – Centre Hospitalier de Cambrai.....	257
Bon de prescription anticipée de radiologie – CHI de Castres Mazamet.....	261
Protocole de prescription anticipée d'examen radiologique par l'IOA – CHI de Castres Mazamet.....	262
Protocole de prescription anticipée – Centre Hospitalier de Vendôme.....	264
Protocole de prescription anticipée de radiographies – Centre Hospitalier de Landerneau	266
Bon de prescription anticipée d'examen radiologique par l'IOA – Centre Hospitalier de Landerneau	270
Organisation de la filière courte de traumatologie – Centre Hospitalier de Landerneau.....	272
Protocole de prescription anticipée de radiographies – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	273
Communication du protocole de prescription anticipée de radiographies en zone IOA – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	276
Les avis spécialisés	279
Formaliser des protocoles pour contacter les spécialistes	279
Démarche de mise en place de la bonne pratique	279
Modalités de demande d'avis orthopédique – Hôpitaux Drôme Nord.....	280
Tableau de coordination service d'urgences – assistante sociale – Centre Hospitalier de Perpignan	281
Tableau de coordination service d'urgences – psychologue – Centre Hospitalier de Perpignan	282
Tableau de coordination service d'urgences – psychiatre – Centre Hospitalier de Perpignan	283
La sortie des patients	284
Préparer la sortie des patients du service des urgences ou des services d'hospitalisation	284
Démarche de mise en place de la bonne pratique	285
Procédure de pré sortant – Centre Hospitalier de Bastia	287
Questionnaire d'amélioration de l'aval – Centre Hospitalier de Charleville Mézières	288
Protocole d'audit de la qualité de la préparation de la sortie – CHU d'Amiens.....	290
Libérer les lits plus tôt dans la journée.....	292
Démarche de mise en place de la bonne pratique	293
Gérer les suites de soins.....	295
Modalités de suites de soins d'orthopédie chirurgicale – Hôpitaux Drôme Nord	296
Protocole de bonnes pratiques de re convocation des patients en suites de soins – Hôpitaux Drôme Nord	297
Améliorer la gestion de la facturation.....	299
Démarche de mise en place de la bonne pratique	300
L'hospitalisation dans les étages.....	301
Réaliser un état des lits périodique	301
Démarche de mise en place de la bonne pratique	302
Réservation de lit pour les patients des urgences – Centre Hospitalier de Laon.....	304



Procédure de déclaration de disponibilité des lits – CHI Les hôpitaux du Léman	305
Principes de recensements des lits – Centre hospitalier de Rodez.....	306
Disponibilités des places dans les services – Centre hospitalier de Royan	307
Organisation des tours de lits – CHR d'Orléans	309
Démarche de déclaration de disponibilité des lits – CHI Villeneuve Saint Georges	310
Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation.....	312
Procédure de pré alerte – Centre Hospitalier de Moulins Yzeure.....	313
Procédure « Hôpital en tension » – Centre Hospitalier de Chalon sur Saône	315
Procédure « Hôpital sous tension » – Centre Hospitalier de Laon	325
Mettre en place des procédures de surbooking	326
Démarche de mise en place de la bonne pratique	327
Procédure d'orientation des patients en cas d'indisponibilité de lits – Centre Hospitalier de Laon.....	328
Procédure de déclaration des patients satellites – CHI Les hôpitaux du Léman	329
Amélioration de la procédure d'hospitalisation des patients de médecine en chirurgie – Centre Hospitalier de Chalon sur Saône	332
Contrat d'hébergement hors discipline – CHR d'Orléans	334
Contractualiser entre les urgences et les services d'aval.....	336
Démarche de mise en place de la bonne pratique	337
Proposition de relations Urgences – Pneumologie – CHU de Besançon	338
Ebauche de contractualisation avec les services d'hospitalisation – CHI de Créteil	340
Définition de poste de l'infirmière cadre coordonnatrice de recherche des lits d'aval et en réseau – CHU de Caen.....	341

Les bonnes pratiques relatives au management et au pilotage 343

Mettre en place une enquête de satisfaction des patients	343
Protocole d'enquête de satisfaction des patients – CHU d'Amiens	344
Enquête de satisfaction sur la prise en charge des enfants – CHU d'Amiens	345
Enquête de satisfaction sur la prise en charge aux urgences – Centre Hospitalier de Charleville Mézières.....	353
Exploiter le système informatique des urgences.....	358
Démarche de mise en place de la bonne pratique	359
Procédure d'utilisation de ResUrgences – Centre Hospitalier de Laon	360
Procédure de recueil des temps de passage DX Care – CHU d'Amiens	362
Tableaux de bord et indicateurs qualité	366
Démarche de mise en place de la bonne pratique	367
Tableau de bord – Hôpital H. Mondor	368
Tableau de bord – Centre Hospitalier de Bastia.....	369
Tableau de bord – Centre Hospitalier de Cayenne	371
Indicateur Staff dossiers en attente – Centre Hospitalier de Mantes la Jolie.....	372
Indicateurs de suivi des temps de passage aux urgences – Centre Hospitalier de Mantes la Jolie	373
Indicateurs de suivi des temps de passage aux urgences – CHI de Villeneuve Saint Georges.....	374
Tableau de bord du service – Centre Hospitalier de Saint Briouc	375
Tableau de bord du service – Centre Hospitalier de Troyes.....	378
Tableau de bord du service – CHU de Caen.....	379
Anticiper la croissance d'activité par un modèle de projection d'activité	380
Démarche de mise en place de la bonne pratique	381
Simulation annuelle – Centre Hospitalier de Saint Briouc	383
Fiches de poste.....	384
Démarche de mise en place de la bonne pratique	385
Accueil administratif – Hôpitaux Drôme Nord.....	386
Accueil secrétariat aux urgences – CHI Les hôpitaux du Léman	387
Secrétaire médicale aux urgences – Centre Hospitalier de Laon.....	389
Infirmier des urgences – Centre Hospitalier de Landerneau	392
Infirmière – Centre Hospitalier de Laon.....	396
Aide soignant – Centre Hospitalier de Landerneau	401
Aide soignante – Centre Hospitalier de Laon	405
Agent des services hospitalier – Centre Hospitalier de Laon	410
Agent des services hospitalier Brancardier – Centre Hospitalier de Laon.....	414
Interne en médecine aux urgences – Hôpitaux Drôme Nord.....	419
Médecin des urgences – Centre Hospitalier de Landerneau.....	420
Définition de poste du médecin SMUR - Centre Hospitalier de Roubaix.....	423

Annexe 1 - Bibliographie des recueils majeurs réalisés par la MeaH sur le thème de la



réduction des temps d'attente et de passage aux urgences	425
Annexe 2 – Fiche de collecte de données	428
Annexe 3 – Nombre de passages annuels des services des urgences ayant participé au chantier	431
Glossaire.....	433



La réalisation d'examens de biologie

Revoir les modalités de réalisation des examens

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Délai important de réalisation de certaines analyses • Evolutions technologiques
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler sur d'autres types de prélèvements pour réduire les délais de traitements
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir les modalités de réalisation des acheminements • Revoir les prélèvements réalisés
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Implication du personnel paramédical • Implication du laboratoire
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des résultats
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Hospitalier de Bastia
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Néant
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Urgentistes
- Personnel paramédical
- Chef de service du laboratoire
- Personnel du laboratoire

La démarche

La démarche se compose de deux grandes étapes :

- Revoir les modalités de réalisation des acheminements
- Revoir les prélèvements réalisés

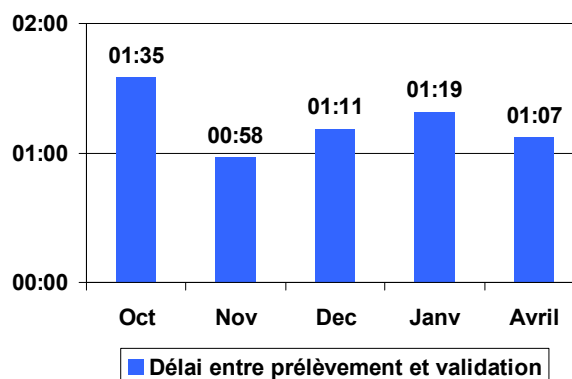
Le laboratoire du Centre Hospitalier de Bastia a décidé de travailler désormais sur le plasma de manière à éviter les 30 minutes d'attente avant la centrifugation.

Au niveau du service des urgences, l'acheminement des prélèvements a été formalisé. Une tournée est réalisée toutes les vingt minutes par les aides soignants. Chaque jour, un aide soignant est chargé d'assurer cette tâche.

Quelques résultats

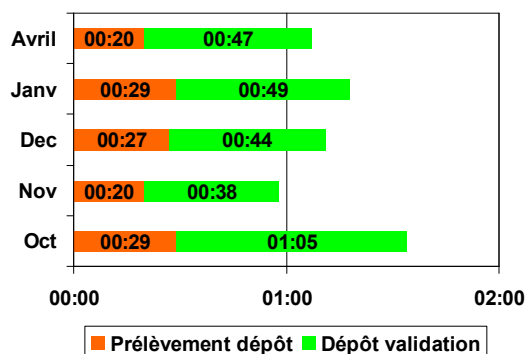
Centre Hospitalier de Bastia

Le délai entre le prélèvement et la validation a chuté de 29 % en six mois.



Il a également été constaté :

- Une diminution de 31 % du délai entre prélèvement et dépôt
- Une diminution de 28 % du délai entre dépôt et validation





Permettre un rendu plus rapide des résultats de biologie au sein du service des urgences

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Le délai global depuis la prescription d'un examen de biologie jusqu'à la prise en compte du résultat par le service des urgences peut être impacté par un retard significatif entre l'heure à laquelle le laboratoire dispose du résultat et l'heure à laquelle le service des urgences en prend connaissance Les médecins du service des urgences ne prennent connaissance des résultats d'analyse que plusieurs minutes, parfois même une heure après leur mise à disposition, alors que cela bloque l'avancement de la prise en charge du patient. Les médecins du service des urgences ne sont pas avertis de la mise à disposition des résultats et ne peuvent pas vérifier facilement si ces résultats sont disponibles.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Raccourcir le délai entre la production d'un résultat d'examen de biologie au laboratoire et le rendu au service des urgences
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser cette étape Chercher à la raccourcir au maximum, notamment grâce à des moyens matériel ou informatique.
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Volonté commune du service des urgences et du laboratoire Faisabilité technique
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Prendre en compte l'ergonomie du rendu des résultats
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux de Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Protocole de communication des résultats par téléphone
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X (matériel)	X (logiciel)

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

Cette action mobilise principalement deux secteurs : le service des urgences et le laboratoire. Selon le type de solutions envisagées, il faut également associer les services économiques ou les services informatiques.

La démarche

L'objectif de cette action est simple : rendre les résultats de biologie immédiatement accessibles. Quatre types de solutions peuvent être étudiées :

L'imprimante déportée

L'idée est d'installer une imprimante qui se trouve "physiquement" au service des urgences, mais qui peut être commandée informatiquement depuis le laboratoire. Dès qu'un résultat parvient, le laboratoire lance une impression sur cette imprimante déportée. Le service des urgences peut alors en prendre connaissance. Pour la réussite de cette action, il faut veiller aux points suivants :

- Eviter une imprimante trop bruyante... mais faire en sorte que l'on entende lorsqu'une impression est lancée
- Positionner l'imprimante déportée en un lieu d'accès permanent
- Veiller à réalimenter régulièrement l'encre et le papier pour les impressions

La consultation des résultats à distance sur le logiciel du laboratoire

L'idée est de permettre un accès au logiciel du laboratoire depuis le service des urgences, afin de consulter les résultats. Ce système fonctionne idéalement avec une alerte, afin que le personnel soit prévenu de l'arrivée d'un résultat. Il faut également éviter d'utiliser un poste qui doit être connecté simultanément à plusieurs logiciels.

La passerelle informatique entre le logiciel du service des urgences et celui du laboratoire

Idéalement, les résultats doivent être consultables directement au service des urgences depuis le dossier patient. Au-delà de l'interface entre les deux systèmes, il est également important de prévoir un dispositif d'alerte (sonore ou visuel).

La communication téléphonique

Cette modalité d'échange peut être mise en œuvre dans deux situations. La première s'applique lorsque le taux d'équipement est faible. Le second, plus important, peut voir un échange téléphonique lors de résultats anormaux pour accélérer la prise en charge du patient et la mise en place d'un traitement adapté.



Document

Protocole de communication des résultats par téléphone – Hôpitaux de Drôme Nord

COMMUNICATION DE RESULTATS PAR TELEPHONE

REFERENCE :

OBJET : Communication de résultats par téléphone

Validé le : 12.01.00 Nom : COLOMBANI J.C. Fonction : Chef de service Signature :
Approbation par le responsable qualité le : Signature :

DESCRIPTION SOMMAIRE

Procédure de communication des résultats de certaines analyses par téléphone

- Seront communiqués par téléphone les résultats d'examens prescrits par des services ne disposant pas de télex : seul le bloc opératoire est concerné. Téléphone du bloc : xxxx. Ce sont les techniciennes qui téléphonent.
- Pour les autres services et les prescripteurs externes seront téléphonés les résultats d'examens prescrits avec la mention « à téléphoner ». En fonction du degré d'urgence ce sont les techniciennes ou les secrétaires qui téléphonent.
- Certaines valeurs extrêmes doivent être téléphonées : par exemple pour le iono sanguin :
Na < 120 ou > 160 ; K < 2,5 ou > 6 ; Cl < 75 ou > 125 ; CO2 < 10 ou > 45.
Ces valeurs sont souvent corrélées à un état d'extrême gravité du patient ou bien à un prélèvement défectueux. Un nouveau prélèvement pour vérification peut être sollicité par la technicienne qui téléphone. Il existe pour chaque secteur du laboratoire une liste d'examens à téléphoner (voir annexes).
- Les résultats des sérologies H.I.V., des groupages sanguins et phénotypes ne doivent jamais être communiqués par téléphone.
- Les phénotypes rhésus des nouveaux nés peuvent être téléphonés à la maternité pour la prévention de l'immunisation Anti D.
- Pour les Béta HCG, il est convenu d'un code confidentiel (c'est le numéro de travail du dossier) donné à la patiente par écrit par la secrétaire ou la technicienne. Quand la patiente téléphone, le résultat lui est communiqué en échange du code confidentiel.

ANNEXE 1 : LABORATOIRE DE BIOCHIMIE

IONOGRAMME SANGUIN :

- Na < 120 ou > 160
- K < 2,5 ou > 6
- Cl < 75 ou > 125
- CO2 < 10 ou > 45 : si gazométrie demandée, vérifier cohérence des résultats
- Ca < 1,6 ou > 3
- Glycémie < 2 ou > 30
- Troponine et myoglobine > au seuil décisionnel pour les soins externes.

GAZOMETRIE :

- Téléphoner si incohérence entre CO2 du iono et de la gazométrie.

MEDICAMENTS :

- Téléphoner si le résultat est en zone toxique.



ANNEXE 2 : LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE

- Hémoglobine < 5 g/l
- Plaquettes < 20 000
- PNN < 500
- Palu positif
- TP < 15 %
- TCA > 180'
- Fibrinogène < 1 g/l
- HBPM > 1,5
- Héparine > 0,8

ANNEXE 3 : LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE

- L.C.R.
- Hémoculture positive
- Protocole maternité positif
- BK positif
- Salmonella positive



Améliorer les prescriptions d'examens biologique

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Demandes d'examens biologiques non motivés (examens systématiques, demandes non raisonnées) • Perturbation du raisonnement diagnostic par des résultats biologiques aberrants • Perceptions différentes entre le service des urgences et le laboratoire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Vu du service des urgences, les délais d'obtention des résultats de biologie sont longs ○ Vu du laboratoire, la pertinence des demandes d'analyse n'est pas toujours évidente. C'est notamment le cas où les cases de choix des analyses à réaliser sont cochées par défaut par les urgentistes
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la pertinence des demandes d'examens biologiques • Réduire le volume des analyses, non nécessaires, demandées par les urgentistes avec une amélioration du délai de rendu des résultats par le laboratoire
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les pratiques professionnelles • Mettre en place de nouvelles modalités de travail • Protocoler les demandes de prélèvement • Conduire une évaluation
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience de l'enjeu en terme économique • Sensibilisation des médecins aux bonnes pratiques médicales (EPP) • Partenariat laboratoire – service des urgences
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction d'une contrainte supplémentaire pour le médecin prescripteur • Nécessiter d'un raisonnement à chaque étape du processus diagnostic • Aspect médico-légal qui pousse le médecin à demander des examens pour « se couvrir » • Suivi des résultats (volume de prescriptions et délais)
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • AP-HM • Centre Hospitalier de Landerneau
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à la prescription d'examens biologiques • Bon de prescription d'examens biologiques
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Urgentistes
- Chef de service du laboratoire
- Personnel du laboratoire

La démarche

La démarche se compose de quatre étapes :

- Evaluer les pratiques professionnelles
- Mettre en place de nouvelles modalités de travail
- Protocoliser les demandes de prélèvement
- Conduire une évaluation

Etape 1 – Evaluer les pratiques professionnelles

Au-delà de l'étude des pratiques existantes, cette étape permet de sensibiliser les médecins à l'intérêt de cibler les demandes (valorisation du raisonnement clinique, intérêt économique avec suivi régulier des coûts).

Etape 2 - Mettre en place de nouvelles modalités de travail

Cette étape permet notamment d'assurer la traçabilité des demandes et réalisation des prélèvements et de faire en sorte que les résultats soient plus « visibles » des professionnels concernés (identification des tubes ou des bons pour le laboratoire, serveur informatique ou fax pour l'obtention des résultats dans le service des urgences).

Etape 3 - Protocoliser les demandes de prélèvement

Cette étape permet de protocoliser les conditions de recours aux demandes d'examens classiques pour diminuer le volume de prescriptions non pertinentes. Des modifications peuvent être apportées aux supports utilisés pour éviter d'avoir toutes les options d'analyses sélectionnées par défaut. Ainsi, un service des urgences, en relation avec le laboratoire, a mis en place deux bons de demandes d'analyses. Ils sont spécifiques aux urgences : biochimie et hémato.

Par ailleurs, des protocoles de demandes de bilans biologiques pré anesthésiques, en partenariat avec les anesthésistes peuvent être établis.

Etape 4 - Conduire une évaluation

Afin de s'assurer de l'obtention des résultats, mais aussi de leur pérennisation, notamment dans le cas de rotation de personnels (internes par exemple), il convient de mettre en place des évaluations régulières des délais de réception des résultats et des volumes d'analyse demandées, par natures d'analyses.

Quelques résultats

AP-HM

Les évaluations à l'issue de la mise en œuvre montrent :

- Les bons de biologie sont systématiquement rédigés par les médecins - plus de perte de temps entre demande et réalisation du prélèvement.
- La traçabilité des horaires des demandes et prélèvements s'est améliorée.
- Diminution du volume de 26 % des examens.
- Réduction des délais de passage globaux des patients bénéficiant d'examens complémentaires multiples (biologie et imagerie) de plus de 45%



Documents

Aide à la prescription d'examens biologiques – Centre Hospitalier de Landerneau




Contexte clinique	Dosage	Coût	Conditions spécifiques	Résultats
Douleur thoracique	Troponine	18 €	si DT > 6h faiblement positif en cas: insuffisance rénale collapsous; myocardite; contusion et insuffisance cardiaque	si < 0,1 ng/ml: négatif si entre 0,1 et 1,5 ng/ml: angor instable micronécrose début IDM ? si > 1,5 ng/ml: nécrose myocardique
Dyspnée	NT Pro BNP	24 €	Uniquement si doute sur origine cardiaque ou pulmonaire d'une dyspnée Origine cardiaque si > seuil de positivité (fonction de l'âge)	< 50 ans: négatif < 300ng/l positif > 450 ng/l 50 à 75 ans: négatif < 300ng/l positif > 600 ng/l > 75 ans: négatif < 300ng/l positif > 1800 ng/l
Suspicion Phlébite	D-dimère	8 €	si Probabilité clinique (PC) basse ou modérée	si PC basse ou modérée et D-dimère -: Pas TYP
Suspicion EP	D-dimère	8 €	si Probabilité clinique faible ou intermédiaire	si PC faible ou intermédiaire et D-dimère -: Pas EP
Contexte infectieux standard	CRP + NFS plaq.	17,40 €	bonne corrélation CRP lors infection bactérienne aigue	* augmentation dans les infections bactériennes * pas ou peu augmentation si infection virale
Contexte infectieux sévère (sepsis)	CRP; NFS plaquettes; hémo culture; fibrinogène; coagulation: créatinine gazométrie; bilan hépatique		Permet de faire état des différents dysfonctionnement d'organes associés	
Suspicion colique néphrétique + si fièvre	créatinine; potassium bilan infectieux standard	10 €		
Suspicion PNA	bilan infectieux: créatinine			
Douleur abdominale A) orientant vers pancréatite * si confirmation score de Ranson	lipase NFS; glycémie; LDH; ASAT CRP	6,75 € 21,50 €	évaluation à l'admission de la gravité de la pancréatite	diagnostic + si > 3 N et constante clinique évocateur âge > 55 ans GB > 16000/mm3 si < 3 biémin glycémie > 12 mmol/l si > 3 gravité LDH > 350 U/l ASAT > 250 U/l
B) atteinte excretion voie biliaire = syndrome de Cholestase	PA; bil T et C gamma GT	5,40 € 4 €		si augmentation conjointe de PA et gamma GT
C) Pathologie intrahépatique = syndrome cytolysé	ASAT ALAT			si augmentation importante > 10 fois N = cytolysé hépatique si augmentation modérée et prédominance ASAT = origine OH ?
D) insuffisance hépatocellulaire = atteinte fonction de synthèse du foie	albumine TP; facteur V	8 € 5,40 €		hypalbuminémie baisse TP et du facteur V
Intoxications A) Paracétamol	Paraétiolémie ionocomplet; ASAT		si dose ingérée supposée > 8 g ou > 150 mg/kg	Lecture selon courbe de Prescott ou tableau simplifié (cf. Elitrod)
B) Aspirine	ALAT; TP salyolémie		dosage à partir de H4 uniquement dose létale > 12 g chez l'adulte en 1 prise > 100 mg/kg chez l'enfant	intoxication modérée < 500mg/l sévère > 500mg/l
C) OH	Ethylémie	13,50 €	faire éthylotest dès que la clinique le permet	
D) Barbiturique, benzodiazépine, Tricycliques			intérêt si pas de prise de ces traitements habituellement	dosage qualitatif

Corinne Pondaven
version 19/06/08



Bon de prescription d'examens biologiques – Centre Hospitalier de Landerneau

Etiquette Patient	 Hôpital Ferdinand Grall	Date: Heure prélèvement: Prescripteur:
Renseignements cliniques: <i>A remplir par le médecin prescripteur</i>		
<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">CHIMIE:</p> <input type="checkbox"/> Na ⁺ <input type="checkbox"/> K ⁺ <input type="checkbox"/> Ca ⁺⁺ <input type="checkbox"/> Glycémie <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Clearance (Poids Kg) <input type="checkbox"/> Albumine	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">HEMATOLOGIE</p> <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> INR → patient sous AVK ? <input type="checkbox"/> TCA	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">GAZOMETRIE</p> <input type="checkbox"/> Gaz du sang (T°: C) <input type="checkbox"/> Recherche HbCO
<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">ENZYMES / DIVERS</p> <input type="checkbox"/> Troponine (douleur > 6h) <input type="checkbox"/> CPK (rhabdomyolyse) <input type="checkbox"/> D dimères <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> NT Pro BNP <input type="checkbox"/> Bêta HCG (recherche) <input type="checkbox"/> Bêta HCG (dosage)	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">TOXIQUES</p> <input type="checkbox"/> SGOT / SGPT <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Gamma GT <input type="checkbox"/> Phosphatases Alcalines <input type="checkbox"/> Bilirubine T/C <input type="checkbox"/> Lipasémie	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">TOXIQUES</p> <input type="checkbox"/> Alcoolémie <input type="checkbox"/> Barbitriques (recherche) <input type="checkbox"/> Tricycliques (recherche) <input type="checkbox"/> Benzodiazépines (recherche) <input type="checkbox"/> Paracétamolémie <input type="checkbox"/> Digoxinémie
BACTERIOLOGIE / PARASITOLOGIE		
<input type="checkbox"/> ECBU (renseigner ci-contre) <input type="checkbox"/> Hémoculture n°1 <input type="checkbox"/> Hémoculture n°2 <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Frottis sanguin	Prélèvement urinaire effectué: <input type="checkbox"/> par le patient <input type="checkbox"/> par l'infirmière <input type="checkbox"/> par sondage évacuateur <input type="checkbox"/> sur sonde à demeure <input type="checkbox"/> antibiothérapie en cours <input type="checkbox"/> Ag solubles Légionelle <input type="checkbox"/> Ag solubles Pneumocoque	
<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AUTRES DEMANDES</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">BILAN D'A.E.S.</p> <input type="checkbox"/> sérologie HIV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	





La réalisation d'examens d'imagerie

Les patients valides se rendent seuls dans le service d'imagerie

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail des brancardiers pour accompagner les patients valides en radiologie • Utilisation du personnel peu efficace • Tâches plus utiles retardées • Allongement du temps de passage au service des urgences
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux patients valides de se rendre seuls au service d'imagerie (aller et retour)
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs actions ont été envisagées. La solution économiquement la plus efficace a été la réalisation d'un fléchage au sol
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • Bien identifier le chemin • Faire une solution visuelle simple et précise • Coordonner les deux services • Impliquer les services techniques
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier que sur le chemin, les patients n'ont pas accès à des salles spécifiques • Identifier différemment les parcours aller et retour
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Hospitalier d'Alès • Centre Hospitalier de Landerneau
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Signalétique urgence / radiologie
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'organisation à l'activité • Améliorer la signalétique d'accès au service des urgences

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Personnels du service des urgences et du service de radiologie
- Personnels des services techniques

La démarche

La gestion des flux de patients valides du service des urgences au service de radiologie nécessite d'appréhender différents aspects :

- Quelles modalités de marquage mettre en place ?
 - Marquage au mur
 - Marquage au sol
- Faut-il différencier les flux aller des flux retour ?
- Quelles modalités d'accès et quels horaires ?
 - Prendre notamment en considération les heures d'ouverture de certains accès.
- Quelles zones d'attentes mettre en place pour les patients dans le service de radiologie ?
 - Par exemple, près des salles de radios près de la salle d'échographie
- Comment les manipulateurs en radiologie vont-ils être avertis de la présence des patients ?
 - Etablir un lien en temps réel grâce à l'outil informatique
 - Avoir une différenciation du patient au moyen d'un bon d'examen de couleur
 - Les avertir par le téléphone
- Quelle est la disponibilité des manipulateurs, notamment le week-end ou en soirée ?



Document

Signalétique urgence / radiologie – Centre Hospitalier de Landerneau

Cette fiche donne une illustration concrète des résultats d'un fléchage de parcours aller – retour entre le service des urgences et le service de radiologie.





Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des extrémités des membres (prescription anticipée)

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Les patients consultants pour traumatisme simple des extrémités sont fréquents dans les services d'urgence. Le processus « classique » de prise en charge impose une attente entre l'installation en box et la visite du médecin qui prescrit souvent un examen radiologique avant de poser un diagnostic définitif. Les délais de prise en charge de certaines catégories de patients traumatiques pourraient être réduits
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Réduire les délais de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés non compliqués des extrémités des membres
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Réduire le nombre d'étapes de prise en charge du patient en anticipant la prescription d'examen radiologique conventionnel. Définir un protocole de prise en charge selon les différents tableaux cliniques avec prescription anticipée d'examens d'imagerie. Éliminer un délai d'attente en supprimant une étape du processus
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Limitier dans un premier temps les protocoles aux petits traumatismes simples non compliqués isolés sans déplacement évident (exemple des petits traumatismes des extrémités). Faire participer les urgentistes à la rédaction des procédures. Organiser une validation par l'ensemble des médecins urgentistes du principe et de son application. Impliquer des radiologues avant la mise en place Former les infirmières avant la mise en place Suivre l'efficacité de la procédure (nombre de prescriptions anticipées et nombre de doubles prescriptions)
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Temps de rédaction des protocoles Formation interne des infirmières à mettre en place Refus des radiologues Évaluation des effets négatifs (augmentation du volume global de prescriptions et / ou de prescriptions non pertinentes)
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Cambrai Centre Hospitalier de Landerneau Centre Hospitalier de Vendôme Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges CHI de Castres Mazamet CHU d'Amiens
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Protocole de prescription anticipée de radiologie par l'externe de chirurgie au sein du service des urgences pédiatriques Protocole de prescription anticipée de radiologie par IDE Bon de prescription anticipée de radiologie Protocole de prescription anticipée d'examen radiologique par l'IOA Organisation de la filière courte de traumatologie Communication du protocole de prescription anticipée de radiographies en zone IOA
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des informations sur les délais prévisibles d'attente Créer une équipe de salle d'attente Mettre en place une Infirmière Organisatrice d'Accueil - IOA

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

Les groupes de travail ont été constitués sous l'impulsion du cadre de santé du service des urgences. Ils comprenaient des acteurs du service des urgences (médecin urgentiste, IOA, cadre de santé) et du service d'imagerie (radiologue, manipulateurs).

La démarche

Dans la grande majorité des services les étapes de réflexion et de conception du dispositif ont été les suivantes :

1. Définir des catégories de patients traumatiques pour lesquels une prescription anticipée d'examen radiologique peut être envisagée.
2. Rédiger des protocoles de prise en charge selon les différents tableaux cliniques avec prescription anticipée. Les documents doivent être simples et compréhensibles de tous
3. Réaliser une validation par l'équipe médicale, puis par les radiologues le cas échéant.
4. Former l'équipe IOA.
5. Tester cette nouvelle règle avec le concours des IOA volontaires,
6. Suivre et évaluer le volume de doubles prescriptions et la pertinence des prescriptions (selon services)
7. Réajuster le dispositif et le généraliser

L'utilisation d'exemples de protocoles ou de procédures a souvent permis de faciliter l'acceptation par certains professionnels et d'accélérer la phase de conception de la procédure.

Dans tous les cas, une procédure claire écrite dans laquelle figure un protocole détaillé pour les IOA facilite l'appropriation. Certains services ont ainsi réalisé une sorte de livret- de petit format avec schémas afin de tenir dans une poche de blouse.

L'étape de validation par les radiologues a dans certains cas dû passer par une évaluation lors d'une phase test, après « rodage » et formation des IOA, du niveau de pertinence des prescriptions.



Documents

Protocole de prescription anticipée de radiologie par l'externe de chirurgie au sein du service des urgences pédiatriques – CHU d'Amiens

L'externe participe à la prise en charge des urgences pédiatriques comme l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

Afin de diminuer les délais d'attente, une première évaluation clinique de l'enfant est assurée par l'externe.

Un bilan radiologique pourra être prescrit dès l'accueil en fonction de l'évaluation clinique.

- En cas de traumatisme, les demandes de radios sont orientées en fonction de la symptomatologie, la localisation de la douleur, la déformation, l'impact. Radios de face et de profil de l'ensemble du segment de membre concerné incluant les articulations sus et sous jacentes.
- En cas de boiterie même intermittente, seront demandés une radio de bassin de face et un profil de la hanche du côté de la boiterie, éventuellement complété d'autres radios orientées par l'examen clinique
- En cas de douleur abdominale, une radio d'abdomen sans préparation de face sera prescrite
- En cas de doute clinique ou de doute sur l'indication d'une demande de radio, l'externe prendra avis auprès de son interne référent
- Cas particuliers :
 - Si chute sur la paume de la main avec douleur en regard du scaphoïde, demander une incidence du scaphoïde
 - En cas de fracture isolée du cubitus, toujours demander une radio du coude pour éliminer une luxation de la tête radiale
 - En cas d'impotence fonctionnelle du membre supérieur avec mécanisme typique de pronation douloureuse, il n'est pas nécessaire de demander de radio
 - En cas de fracture du fémur évidente, toujours demander une radio de bassin associée
 - Les traumatismes de la cheville chez l'enfant justifient la réalisation de radios de cheville de face et de profil (pas d'incidence en varus forcé)
 - En cas de traumatisme crânien, les radios de crâne ne sont pas nécessaires sauf si très jeune enfant et/ou doute sur maltraitance
 - En cas de traumatisme cervical, toujours demander un rachis cervical complet de face, de profil et une incidence bouche ouverte pour évaluer l'apophyse odontoïde

Février 2008



Protocole de prescription anticipée de radiologie par IDE – Centre Hospitalier de Cambrai

REDACTEUR	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
Nom : Dr Olivier BAILLEUL ; Isabelle GOSSE	Nom : Dr Dominique POLLET ; Dr Philippe LAVAU	Nom : Jean-Martin ANDARELLI
Fonction : Praticien Hospitalier ; Cadre de Santé, Urgences	Fonction : chef de service, urgences ; chef de service, Imagerie médicale	Fonction : Directeur
Date :	Date :	Date :
Visa :	Visa :	Visa :

Objet

Ce protocole constitue une nouveauté pour les IDE. Il s'agit d'une délégation d'acte (prescription d'examen radiologique dès l'entrée) habituellement dévolu au médecin. La responsabilité de cet acte reste donc médicale. La prescription anticipée ne peut être opposable à l'IOA. Il ne s'agit pas de substituer un examen médical par un examen infirmier.

Domaine d'application

Le service des urgences

L'IOA travaille en étroite collaboration avec le médecin et l'IDE responsable du secteur « soins externes ».

Personnes concernées

Il s'applique à l'infirmière organisatrice de l'accueil et au manipulateur en radiologie

Définitions et abréviations

IOA : Infirmière organisatrice de l'accueil

Cadre réglementaire

- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. J.O. du 16 février 2002
- Fiche de poste IOA

Cadre de référence

- Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale

Descriptif du processus ou de l'activité

CRITERE D'EXCLUSION :

- Patients agités (sous l'emprise de toxiques, ivres, agressifs, refus de prise en charge, hyperalgiques...),
- Les patientes enceintes ou susceptibles de l'être,
- Les patients présentant un traumatisme résultant d'une cinétique élevée (chute d'une hauteur de plus de 4 mètres, éjectés d'un véhicule, ayant fait des tonneaux, motard, piéton projeté par une voiture...).
- Douleur importante EVA supérieure à 7

CRITERE D'INCLUSION :

- Patients adhérant aux soins, calmes, orientés, non intoxiqués
- Traumatisme mono segmentaire, y compris articulaire, distal du coude à la main et du genou au pied, ou qui présentent



une plaie pénétrante avec suspicion de corps étranger.

SITUATIONS QUI NECESSITENT DES RADIOGRAPHIES :

- Douleur avec déformation et/ou impotence fonctionnelle et/ou œdème.
- Constatation d'un hématome d'une ecchymose dans le cadre d'un traumatisme net bien défini.
- Impossibilité de faire 4 pas sans aide à l'accueil (pour le membre inférieur).
- Toute articulation présentant un épanchement post-traumatique.
- Toute plaie pénétrante articulaire ou non avec suspicion de corps étranger.
- Traumatisme de la pyramide nasale avec déviation de celle ci.
- Luxation doigt, orteil.

L'ENFANT :

L'enfant n'est pas un adulte miniature, les indications de radiographies sont plus larges et plus systématiques. Il existe des fractures propres aux enfants et certaines ne provoquent pas forcément d'impotence fonctionnelle.

D'autre part il est parfois difficile de connaître avec précision le siège de la douleur.

Ainsi dans les cas difficiles de localisation de la douleur et de discordance douleur (+++) impotence fonctionnelle (+/-) l'avis du médecin senior s'impose.

CLICHES RADIOLOGIQUES DONT LA PRESCRIPTION EST ANTICIPEE PAR L' IOA :

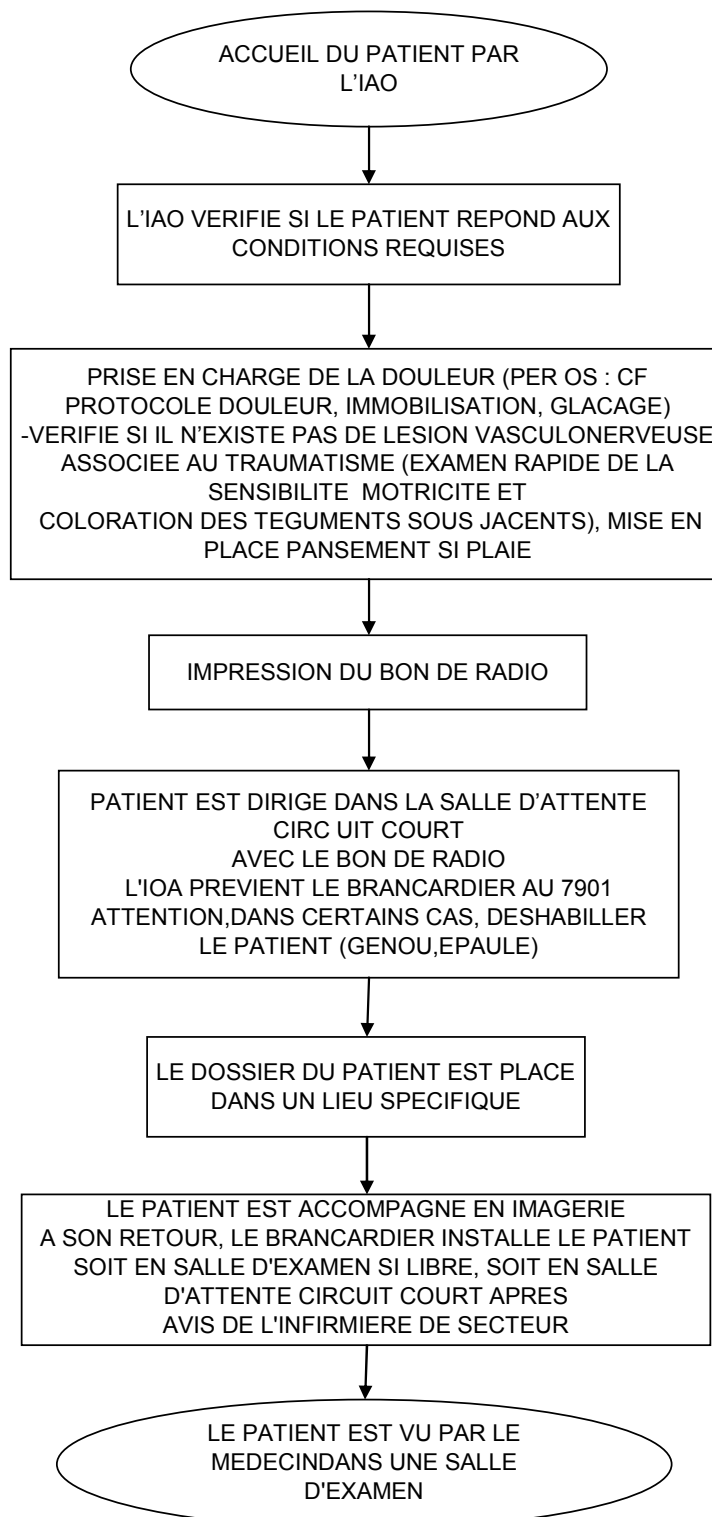
LOCALISATION	TYPE DE CLICHES
COUDE	COUDE F + P Si l'extension de l'avant bras est impossible, alors faire 2 clichés de face, l'un perpendiculaire à la palette humérale et l'autre perpendiculaire aux 2 os de l'avant bras. Les clichés en oblique sont justifiés si il y a épanchement sans fracture visible
AVANT-BRAS	AVANT-BRAS F + P AVEC ARTICULATION SUS ET SOUS JACENTE
POIGNET SI DOUTE SUR SCAPHOIDE	POIGNET F + P +INCIDENCE SCAPHOIDE de Schreck
MAIN	FACE ET OBLIQUE Si fracture ajouter un profil
DOIGT	Rx CENTREE SUR LE RAYON CONCERNE F + P Si doute sur une fracture ajouter un oblique
GENOU + SI CHOS DIRECT SUR LA ROTULE	GENOU F + P ET ¾ Les ¾ ou obliques ne sont demandés que si il y a un épanchement articulaire DEFILES FEMOROPATELLAIRES 30° OU 45°
JAMBE	JAMBE F + P AVEC ARTICULATION SUS ET SOUS JACENTE
CHEVILLE en cas de trauma direct CHEVILLE en cas de trauma indirect	CHEVILLE F + P F + P + OBLIQUE INTERNE ET DEROULE D'ARRIERE PIED
PIED : CALCANEUM MEDIPIED AVANT PIED	AVANT-PIED F + P F + P + DEROULE (OBLIQUE) F + DEROULE
NEZ	OPN



Il n'est pas nécessaire de demander de clichés comparatifs chez l'enfant.

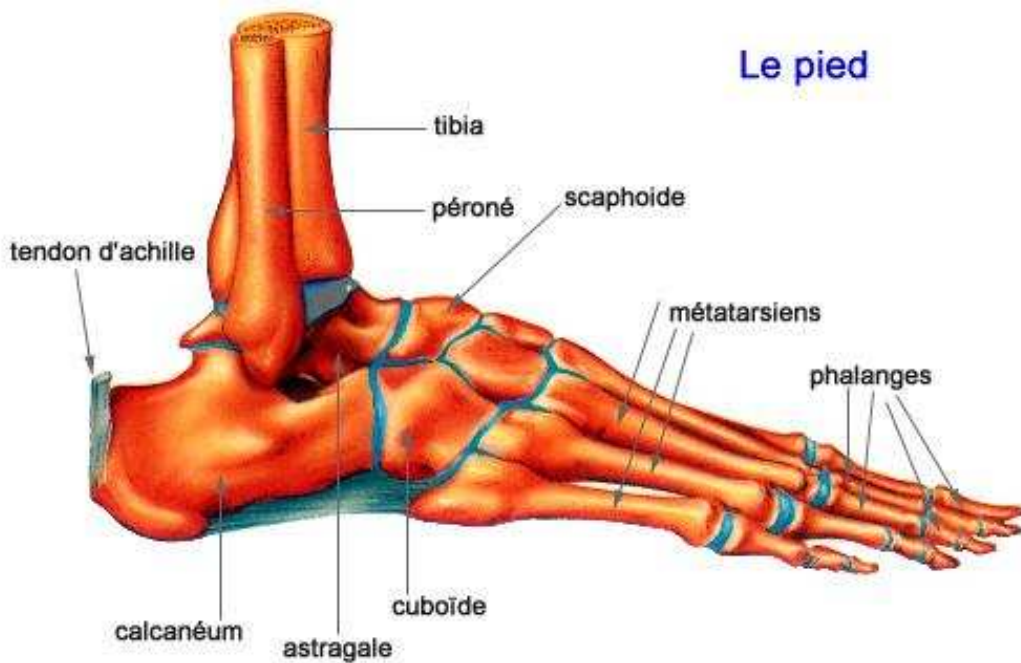
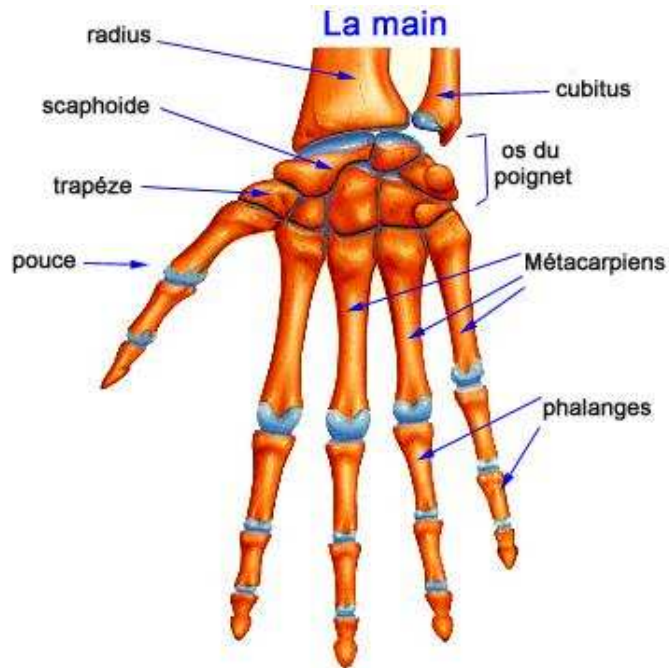
Dans le cas où le traitement de la fracture est chirurgical, un thorax sera demandé si nécessaire (plus de 50 ans ou avec antécédents particuliers cardiorespiratoires). Cette demande peut se faire dans un second temps après visualisation des clichés par le négatoscope numérique, avant que le patient ne revienne aux Urgences.

Logigramme de la prise en charge :





Annexes : www.medecine-et-sante.com/anatomie/main.html





Protocole de prescription anticipée d'examen radiologique par l'IOA – CHI de Castres Mazamet

Protocoles de prescription anticipée d'examen radiologique par IOA

Préambule

Il s'agit d'une délégation d'acte habituellement dévolu au médecin. La responsabilité de cet acte reste donc médicale. La prescription anticipée ne peut être opposable à l'IOA. Il ne s'agit pas de substituer un examen médical par un examen infirmier. Il ne dispense non plus le médecin d'un examen soigneux.

Qui prescrit ?

C'est l'IOA qui reçoit et accueille le patient qui va prescrire l'examen avant que celui-ci n'ait été examiné par le médecin. L'IOA prévient le patient du protocole :

- de ses avantages,
- de la possibilité de retourner faire des radiographies supplémentaires si le médecin le juge nécessaire ; en sachant que même lorsque les radios sont prescrites d'emblée par un médecin, celui-ci peut vouloir effectuer des radiographies supplémentaires,
- doit obtenir l'accord du patient.

Qui doit en bénéficier ?

Critères d'inclusion :

- patient coopérant, calme, non intoxiqué,
- patient qui présente un traumatisme mono segmentaire ou articulaire clairement identifié,
- patient qui présente un traumatisme distal (du coude à la main, du genou au pied),
- patient dont l'inspection est faible (déshabillage léger ou déchaussage facile...).

Critères d'exclusion :

- femme enceinte,
- douleur importante EVA > 6,
- traumatisme avec forte énergie cinétique (chute d'une hauteur > 6 m, désincarcération > 20 m, AVP avec tonneaux, AVP avec mort dans le même véhicule, passager de VL éjecté, piéton projeté par un véhicule, motard projeté à distance de sa moto).

Circuit du patient

- L'entrée du patient est enregistrée à l'antenne administrative
- Il est accueilli par l'IOA
- S'il répond aux critères ci-dessus, l'IOA pratique un examen sommaire afin de prescrire l'examen adapté dans le bureau de l'IOA
- Le patient est orienté vers la salle d'attente de la radio et le bon spécial est déposé auprès des manipulateurs
- Il revient en salle d'attente dans le service des urgences
- L'IOA le fait installer dans la salle d'examen par l'IDE dédiée à cette salle
- Le patient est pris en charge par le médecin



Indication et choix du cliché

ENFANTS > 4 ans et ADULTES :

Nez	OPN
Doigts : 2 à 5 ^{ème} : - extrémité distale..... - extrémité très proximale.....	Rx doigt F + P Rx main F + P
Pouce	Rx 1 ^{ère} colonne du pouce F + P
Métacarpe : 2 à 5 ^{ème}	Rx main F + P
1^{er} Métacarpe	Rx 1 ^{ère} colonne pouce F + P
Carpe	Rx main F + P
Poignet	Rx poignet F + P
Avant bras	Rx avant bras F + P
Coude	Rx coude F + P
Bras	Rx humérus F + P
Orteils	Rx avant pied F + P
Pied (choc direct ou torsion avant-pied)	Rx pied F + P
Talon	Rx cheville F + P : + calcanéum
Cheville	Rx cheville F + P
Jambe	Rx jambe F + P
Genou - si douleur de la rotule.....	Rx genou F + P - et incidence fémoro-patellaire



Protocole de prescription anticipée – Centre Hospitalier de Vendôme

BUT ET OBJET

Cette fiche technique a pour objectif de définir les conditions de prescription d'une radiographie par l'IDE chargé d'accueillir les patients aux urgences.

CRITERES D'INCLUSION

- Les patients ambulants se présentant aux urgences pour un traumatisme isolé
- Sans signe de gravité avec absence de trouble neurologique, hémodynamique et ventilatoire.
- Patients calmes et coopérants

CRITERES D'EXCLUSION

- Prise en charge initiale des polytraumatisés ou poly fracturés
- Traumatisme à haute énergie (cinétique violente, chute avec hauteur ...)
- Les enfants
- Pour les femmes en âge de procréer (demander la date des dernières règles et le mode de contraception) : si retard de règles et/ou si désir de grossesse et DDR > 14 jours

INFORMATION AU PATIENT

- L'IDE indique le mode de prescription (délégation médicale) et le but (réduire le temps d'attente).
- L'IDE précise le risque de demande de radiographie supplémentaire par le médecin en cas de nécessité.

METHODE

- L'IDE rédige la demande radiographie sur intranet
- L'IDE envoie le patient à la radiologie avec le mode de transport adéquat
- Après la réalisation de l'examen radiologique, le patient revient aux urgences
- Le patient est pris en charge par le médecin, interrogé et examiné. Le médecin indique au patient son hypothèse diagnostic en fonction de la clinique et de l'examen radiologique. S'il le juge nécessaire, le médecin peut demander des clichés supplémentaires.

DEFINITIONS

- F = face
- P = profil

DOCUMENTS ASSOCIES

- OPC/PO/316 : réalisation d'un examen de radiologie



	EPAULE	Acromio clavulaire	<i>Douleur localisée</i>	Rx épaule F+ P Et défilé clavulaire
		Luxation scapulo-humérale	<i>Douleur localisé</i>	Rx épaule F+ P (Rx omoplate) Avec priorité à la radio
	BASSIN	Bassin hanche	<i>Si forte suspicion de fracture du col du fémur : douleur localisée, raccourcissement, rotation externe, impotence fonctionnelle</i>	Bassin face + hanche lésée F+P + thorax face
		Reste du bassin		Examen médical
	MEMBRE SUPÉRIEUR	Humérus	<i>Douleur, oedème, impotence fonctionnelle, déformation du bras du 1/3 moyen et inf</i>	Humérus F+P
		Extrémité supérieur de l'humérus	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle, déformation</i>	Epaule F+P et humérus F+P
		Coude	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle, déformation</i>	Rx coude F+P profil strict
		Avant-bras	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle, déformation</i>	Rx avant bras F+P Poignet et coude si douloureux et/ou déformation
		Poignet	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle, douleur associée de la tabatière (acaphoïde)</i>	Poignet F+P Incidence scaphoïde
		Main	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle</i>	Main F + ¼
		Doigt	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle</i>	Doigt F+P strict
	MEMBRE SUPÉRIEUR	Genou	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle</i>	Genou F+P et ¼ (les ¾ ou obliques ne sont demandés que si il y a un épanchement articulaire) + Défilés fémoropatellaires 30° et 45° (si choc direct sur la rotule)
		Jambe	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle</i>	Jambe F+P avec articulation sus et sous jacente
		Cheville	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle</i>	Cheville F+P + oblique interne et déroulé d'arrière pied (si trauma indirect)
		Pied	<i>Douleur localisée, oedème, impotence fonctionnelle</i>	Calcaneum : avant-pied F+P Médiopied : F+P + déroulé (oblique) Avant pied : F + déroulé
	NEZ	Nez	<i>Douleur localisée, oedème</i>	OPN



Protocole de prescription anticipée de radiographies – Centre Hospitalier de Landerneau

Protocole de prescription anticipée de radiographies

But :

Raccourcir le délai d'attente du patient victime d'un traumatisme mineur et isolé d'un membre en prescrivant des examens radiologiques avant la consultation médicale.

Cette prescription anticipée de radiographies peut être organisée de manière isolée ou associée à la mise en place de la filière courte de traumatologie.

En appliquant ce protocole, le médecin délègue un acte médical à l'IDE tout en restant entièrement responsable de cet acte puisque la consultation médicale est simplement différée.

Principe :

Modifier le circuit habituel du patient

Circuit habituel



Circuit simplifié



On obtient donc une meilleure disponibilité des salles d'examen : 1 seul passage en salle d'examen au lieu de 2. La consultation médicale se déroule en un seul temps et un seul lieu : examen clinique, lecture des radiographies et traitement (réalisation d'une immobilisation, ordonnances de sortie, rendez-vous ultérieurs).

La salle la plus appropriée est donc la salle de « plâtre » ou salle n°6 ou salle de traumatologie.

Moyen :

Formation des IDE et document spécifique

Chaque IDE susceptible d'être IOA (IDE en poste, du pool ou nouvelle IDE) devra avoir suivi une formation sur les indications, l'examen clinique sommaire (anatomie, lésions), les clichés à réaliser, le remplissage du bon de radiologie, les informations à donner au patient.

Un document spécifique sur la prescription anticipée de radiographies est disponible à l'accueil. Lors de la mise en route de ce processus, le document est à compléter par l'IOA et à remettre au patient lorsqu'il se rend en radiologie en y associant le bon de radiologie classique. Ce document doit être impérativement remis au patient en même temps que les radiographies lors de son retour aux urgences.



Quand ?

La prescription anticipée de radiographies peut se faire 24 h / 24. Elle peut être associée ou non à la filière courte de traumatologie. Cependant, il ne paraît pas nécessaire d'y référer en période de faible activité lorsque les salles d'examen et les médecins sont disponibles dans les délais rapides.

Le déclenchement de ce processus doit se faire de manière la plus précoce possible pour éviter un allongement du délai d'attente.

Eléments préalables : proposition d'application dans un premier temps :

- Indisponibilité de la salle de consultation ou d'une autre salle de soins pour examiner le patient
- Indisponibilité du médecin (un ou a fortiori plusieurs) dans un délai estimé d'une heure
- Présence de l'IOA
- Dès l'arrivée d'un troisième cas de traumatologie mineure (l'IOA se rend en salle d'attente pour faire passer les deux patients déjà présents dans ce processus : l'ordre d'arrivée des patients est à respecter pour des niveaux équivalents de gravité)

Critères d'inclusion :

- Patient coopérant et calme et dont l'inspection est facile (déshabillage léger, déchaussage)
- Valides (se rendent eux-mêmes en radiologie) ou non valides sur chaise roulante pour les traumatismes du membre inférieur (sont conduits en radiologie par un membre du personnel en cas d'absence d'accompagnant)
- Traumatisme isolé d'un membre (ne touche qu'une articulation ou qu'un segment de membre) et distal :
 - Membre supérieur : coude, avant-bras, poignet, main, doigts
 - Membre inférieur : genou, jambe, cheville, pied, orteils
 - Cas particulier du traumatisme nasal

Non indication :

- Absence de traumatisme à l'origine de la douleur
- Patient non valide sur brancard
- Traumatisme non isolé d'un membre (plusieurs localisations), traumatisme rachidien ou traumatisme proximal des membres (épaule, cuisse, bassin)
- Troubles de la vigilance ou hémodynamiques constatés
- Femme enceinte
- Enfant de moins de 4 ans

Examen clinique sommaire du patient par l'IAO :

- Confirmation de la nature traumatique (mécanisme direct ou indirect)
- Localisation exacte du traumatisme (zone douloureuse) : coté +++, demander au patient de la montrer le plus précisément possible, palpation de la zone douloureuse pour confirmation, noter la présence d'un œdème, d'une déformation ou d'une impotence fonctionnelle
- Remplissage du bon de radiologie classique en indiquant les clichés radiographiques demandés et l'identification du prescripteur (IOA)
- Joindre le protocole de prescription anticipée de radiographies correctement complété
- Ne pas oublier le traitement antalgique et la mise en place éventuelle d'une attelle

Remplissage du document sur la prescription anticipée de radiographies

- Identification de l'IOA en haut à gauche (Nom)
- Coller l'étiquette du patient
- Remplissage des informations à propos de la nature du traumatisme et l'examen clinique sommaire
- Répondre aux 2 questions à propos des antalgiques et de l'immobilisation
- Remplissage des 3 cases du tableau concernant la zone précise à radiographier en entourant ou surlignant les éléments correspondants

Le bon remplissage de ce document a une double utilité :

- Pour la manipulatrice de radiologie : informations nécessaires pour la réalisation des clichés
- Pour le médecin : informations utiles lors de l'examen médical et la lecture des radiographies



Circuit du patient :

- Vous êtes pris en charge initialement par l'IOA (dans le bureau d'accueil ou dans le couloir du service) qui prescrit les radiographies
- Vous allez directement en radiologie (attente possible)
- Vous reviendrez ensuite dans le service des urgences où vous déposerez vos radiographies
- Vous attendrez ensuite dans la salle d'attente des urgences
- Vous verrez enfin le médecin qui vous examinera, lira vos radiographies et vous donnera les soins nécessaires

Information aux patients :

- But : raccourcir le délai d'attente en prescrivant les radiographies avant l'examen médical
- Circuit du patient à expliquer
- Risque de retour en radiologie dans de rares cas pour réalisation de clichés supplémentaires après l'examen médical
- Mise en place associée de la filière courte de traumatologie oui ou non

Remarque sur ce processus (inconvenient ?) :

L'inconvénient principal est la prescription par excès de radiographies car la mise en place de ce processus une fois déclenché est systématique (trauma = radio) c'est à dire qu'on ne pose pas l'indication (nécessité) de la réalisation. En effet, un examen médical bien conduit permet parfois d'éviter d'avoir recours aux radiographies. Cependant ce petit inconvénient est à nuancer car on constate souvent aux urgences qu'il est plus facile de réaliser des radiographies systématiquement que d'expliquer l'inutilité de tel examen. A noter que parfois, les radiographies (interprétées comme normales) ont également un effet antalgique et/ou anxiolytique. Un autre inconvénient éventuel est le risque de retour en radiologie dans de rares cas pour réalisation de clichés supplémentaires après l'examen médical.

Evaluation :

Une évaluation pourra se faire au bout d'un mois de la mise en action de ce processus : celle-ci prendra la forme d'une réunion et discussion entre infirmiers, infirmières et médecins des urgences.

Indicateur de la charge de travail = seuil déclencheur de la mise en route de la prescription anticipée de radiographies ou de la filière courte de traumatologie = estimation du délai d'attente
Etablir une formule en tenant compte des critères suivants et les intégrer dans un tableur permettant d'obtenir soit un délai estimé, soit un code ou numéro.

- Nombre de patients en cours de prise en charge dans le service (patients vus partiellement ou non vus médicalement) : cas médical, cas chirurgical, cas traumatologique
- Nombre de dossiers en attente (personnes en salles d'attente ou dans le couloir)
- Nombre de médecins présents (1, 2 ou 3)
- Nombre de salles d'examen disponibles (0 à 6)
- Présence d'un ou plusieurs patient(s) nécessitant des actes lourds de réanimation (arrêt cardio-respiratoire, coma, intubation, détresse respiratoire, syndrome coronarien, état de choc, état de mal convulsif) : indisponibilité du médecin pour 45 minutes en moyenne
- Actes médicaux en cours de réalisation ou à réaliser (sutures, immobilisation par résine) : 30 minutes au total (20 minutes pour l'acte + 10 minutes pour ordonnances et certificats)



Examen médical :

- Doit être réalisé après la prescription anticipée de radiographies dans la salle de traumatologie (« salle de plâtre »)
- L'examen clinique du patient doit se faire avant la lecture des clichés radiologiques (car dans le cas contraire, le risque est de perdre des informations importantes nécessaires à une meilleure lecture des radiographies)
- La lecture des radiographies se fait donc en présence du patient
- Le traitement proposé est expliqué au patient : il est soit réalisé directement aux urgences (mise en place d'une attelle, d'une résine) ou peut être différé (prescription d'une attelle, rééducation)
- Toutes les informations concernant l'examen médical, le résultat des radiographies et le traitement appliqué doivent être écrites dans le dossier médical



Bon de prescription anticipée d'examen radiologique par l'IOA – Centre Hospitalier de Landerneau

BON de PRESCRIPTION ANTICIPEE de RADIOGRAPHIE	Identification I.O.A.
Service des Urgences – CH Landerneau	

ETIQUETTE PATIENT	Nature du traumatisme et examen clinique
	⇨ Mécanisme : <input type="checkbox"/> Ecrasement <input type="checkbox"/> Choc (objet) <input type="checkbox"/> Coup (objet ou tiers) <input type="checkbox"/> Chute au sol <input type="checkbox"/> Mouvement forcé ⇨ Œdème : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ⇨ Déformation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ⇨ Impotence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Le patient a-t-il eu des antalgiques avant la réalisation des radiographies ? : Oui Non
 Une immobilisation provisoire a-t-elle été mise en place ? Oui Non

Entourez la localisation précise	Précisions	Cliché requis																						
	<table border="1"> <tr><td>Nez</td></tr> <tr><td>Coude</td></tr> <tr><td>Avant Bras</td></tr> <tr><td>Poignet</td></tr> <tr><td>Main</td></tr> <tr><td>Doigt</td></tr> <tr><td>Genou</td></tr> <tr><td>Jambe</td></tr> <tr><td>Cheville</td></tr> <tr><td>Pied</td></tr> <tr><td>Orteil</td></tr> </table>	Nez	Coude	Avant Bras	Poignet	Main	Doigt	Genou	Jambe	Cheville	Pied	Orteil	<table border="1"> <tr><td>OPN</td></tr> <tr><td>Coude F+P</td></tr> <tr><td>Avant Bras F+P</td></tr> <tr><td>Poignet F+P</td></tr> <tr><td>Main F+P + 3/4</td></tr> <tr><td>Doigt F+P</td></tr> <tr><td>Genou F+P+DFP</td></tr> <tr><td>Jambe F+P</td></tr> <tr><td>Cheville F+P</td></tr> <tr><td>Pied F+P+3/4 Arrière Pied F+P</td></tr> <tr><td>Avant pied F+P+3/4</td></tr> </table>	OPN	Coude F+P	Avant Bras F+P	Poignet F+P	Main F+P + 3/4	Doigt F+P	Genou F+P+DFP	Jambe F+P	Cheville F+P	Pied F+P+3/4 Arrière Pied F+P	Avant pied F+P+3/4
Nez																								
Coude																								
Avant Bras																								
Poignet																								
Main																								
Doigt																								
Genou																								
Jambe																								
Cheville																								
Pied																								
Orteil																								
OPN																								
Coude F+P																								
Avant Bras F+P																								
Poignet F+P																								
Main F+P + 3/4																								
Doigt F+P																								
Genou F+P+DFP																								
Jambe F+P																								
Cheville F+P																								
Pied F+P+3/4 Arrière Pied F+P																								
Avant pied F+P+3/4																								
<table border="1"> <tr><td>Doigt : 1 2 3 4 5</td></tr> </table>		Doigt : 1 2 3 4 5																						
Doigt : 1 2 3 4 5																								
<table border="1"> <tr><td>Malléole interne Malléole externe</td></tr> </table>		Malléole interne Malléole externe																						
Malléole interne Malléole externe																								
<table border="1"> <tr><td>Orteil : 1 2 3 4 5</td></tr> </table>		Orteil : 1 2 3 4 5																						
Orteil : 1 2 3 4 5																								

OPN = os propre du nez ; F = face ; P = profil ; ¾ = cliché de trois-quarts DFP = défilé fémoro-patellaire

Évaluation médicale	<input type="checkbox"/> Clichés suffisants et utiles <input type="checkbox"/> Autres clichés nécessaires (retour en radiologie) <input type="checkbox"/> Clichés jugés inutiles (non demandés par le médecin après examen clinique)
----------------------------	--



Bon de PAR version1.doc (juillet 08)



Organisation de la filière courte de traumatologie – Centre Hospitalier de Landerneau

ORGANISATION DE LA FILIERE COURTE DE TRAUMATOLOGIE

But : diminuer le délai d'attente aux urgences en organisant une filière spécifique pour la traumatologie mineure à modérée (degré de gravité 3 ou 4 sur la grille de triage) en cas de charge de travail importante

Responsable du déclenchement (qui déclenche ?) : Médecin senior sur proposition de l'IOA

Seuil de déclenchement :

- Présence de 3 cas de traumatologie au minimum (en attente de prise en charge)
- Délai d'attente estimé supérieur à 1 heure pour un degré 3 (code jaune) ou 2 heures pour un degré 4 (code vert)

Critères d'inclusion : tout traumatisme intéressant les membres (plaies, brûlures, contusions, hématomes, entorses, fractures, luxations) ou plaie simple de la face ou du cuir chevelu (sans TC) chez un patient valide et ne présentant pas de nécessité de mise en place d'une voie veineuse pour quel motif que ce soit

Critères d'exclusion (non inclusion) :

- Traumatisme crânien, rachidien, thoracique ou abdominal
- Patient nécessitant la mise en place d'une perfusion (titration morphinique, trouble de l'hémodynamique, de la conscience...)

Préalables : personnel et moyens nécessaires

- Présence de l'IOA préférable (pour la prescription anticipée de radiographies) mais non obligatoire
- 2 médecins présents au minimum dont 1 médecin senior référent dédié à cette filière
- 1 IDE ou 1 AS référent(e) dédié(e) ou disponible pour cette filière
- 2 salles disponibles : salle de consultations + salle de traumatologie (soins 4) pour un meilleur turn-over

Arrêt de la filière :

- Patients nécessitant une prise en charge médicale plus urgente (degré 1, 2 ou 3) et ne pouvant être gérés par le ou les autres médecins présents
- Délais d'attente revenus à la normale
- Gestion de tous les traumatismes en attente relevant de cette filière

Cette filière ne peut donc être mise en place qu'en journée (9 h à 20 h) puisqu'il n'y a qu'un seul médecin et un(e) IDE la nuit en garde.



Protocole de prescription anticipée de radiographies – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges

1. OBJECTIFS

Raccourcir le délai d'attente des patients victimes d'un traumatisme léger en prescrivant des examens radiologiques avant la consultation médicale. Cette prescription anticipée rentre dans le cadre d'un protocole de service avec délégation médicale de prescription du médecin par l'IOA dans la zone d'accueil.

Principe : modifier le circuit habituel du patient

Circuit habituel



Circuit simplifié



2. DOMAINE D'APPLICATION

- Prise en charge des patients victimes d'un traumatisme léger aux urgences.

3. RESPONSABILITE D'EXECUTION

- IOA, urgentistes, cadres et chef de service

4. DEFINITIONS

- IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil ; Rx : Radiographie ; DDR : date des dernières règles ; F : face ; P : profil

5. MATERIEL

- Document sur le protocole de prescription anticipée de radiographie par l'IOA
- Tableau récapitulatif des prescriptions radiographiques affiché dans le bureau de l'IOA
- Bon de radio
- Etiquette code barre du patient

6. DESCRIPTION

Protocole de prescription anticipée de radiographie dès la zone d'accueil par l'IOA



Critères d'inclusion :

- Les patients ambulants se présentant aux urgences pour un traumatisme isolé sans signe de gravité avec absence de trouble neurologique, hémodynamique et ventilatoire.
- Patients calmes et coopérants.

Critères d'exclusion :

- Prise en charge initiale des polytraumatisés ou poly fracturés
- Traumatisme à haute énergie (cinétique violente, chute avec hauteur...)
- Les enfants (cf. chirurgie infantile)

Pour les femmes en âge de procréer :

- Demander la date des dernières règles et le mode de contraception.
- Si retard de règles et / ou si désir de grossesse et DDR > 14 jours à avis médical

Information aux patients :

- L'IOA indique le but (réduire le temps d'attente) et le mode de prescription (délégation médicale)
- L'IOA précise le risque de demande de radiographie supplémentaire par le médecin en cas de nécessité.

L'IOA prescrit la demande de radiographie selon le tableau suivant :

- L'IOA rédige la demande de radiographie sur le bon radio
- L'IOA envoie le patient à la radio avec le mode de transport adéquat
- Après la réalisation de l'examen radiologique, le patient est envoyé par l'équipe de radiologie dans la zone d'attente.
- Le patient est pris en charge par le médecin, interrogé et examiné. Le médecin indique au patient son hypothèse diagnostic en fonction de la clinique et de l'examen radiologique. S'il le juge nécessaire, le médecin peut demander des clichés supplémentaires.

Siège du traumatisme		Critères cliniques	Radiographies à demander
Thorax	Côtes	Douleur localisée	Rx Thorax face + gril costal du côté douloureux (gauche ou droit)
	Clavicule	Douleur localisée	Défilé claviculaire + (Rx thorax face)
	Sternum	Douleur localisée	Rx Thorax face + sternum Profil
Epaule	Acromio claviculaire	Déformation, douleur localisée	Rx épaule F + P Et défilé claviculaire
	Luxation scapulo-humérale	Déformation, douleur localisée	Rx épaule F + P (Rx omoplate) Avec priorité à la radio
Membre supérieur	Humérus	Douleur, œdème, impotence fonctionnelle, déformation du bras du 1/3 moyen et inférieur	humérus F + P
	Extrémité supérieure de l'humérus	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, déformation	épaule F + P et humérus F + P
	Coude	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, déformation	Rx Coude F+Profil strict
	Avant-bras	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, déformation	Rx Avant-bras F + P ± Poignet et coude si douloureux et/ou si déformation
	Poignet	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle ± Douleur associée de la tabatière (scaphoïde)	Poignet F + P ± Incidence scaphoïde
	Main	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Main F + 3/4
	Doigt	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Doigt F + P strict



Bassin	<u>Bassin/ hanche</u>	Si forte suspicion de fracture du col du fémur : Douleur localisée, raccourcissement, rotation externe, impotence fonctionnelle	Bassin face +hanche lésée F + P + thorax face
		Reste du bassin	Examen médical
Membre supérieur	<u>Cuisse (fémur)</u>	Prescription médicale	
	<u>Genou</u>	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, blocage	Rx Genou F + P + défilé fémoro-patellaire
	<u>Jambe</u>	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Jambe F + P Si déformation + genou et cheville
	<u>Cheville</u>	Douleur, œdème, impotence fonctionnelle, notion de craquement	Rx Cheville F + P Si forte suspicion de fracture + jambe et genou + base du 5 ^{ème} métatarsien
	<u>Calcanéum (talon)</u>	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Rx talon de profil externe+ incidence rétro tibiale
	<u>Médio-pied</u>	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Pied F + ¼
	<u>Avant pied</u>	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Avant pied F + P
	<u>Orteils</u>	Douleur, œdème, impotence fonctionnelle	Rx Avant pied F + P
Rachis	<u>Rachis cervical</u>	Si présence d'un collier : changement du collier par un médecin qui évaluera l'indication de prescription des radios. Si arrive en marchant et sans collier	Rachis cervical F + P + odontoïde
	<u>Rachis dorsal</u>	Prescription médicale (rachis dorsal F+P et RP)	
	<u>Rachis lombaire</u>	Prescription médicale (F + P)	
	<u>Coccyx</u>	Prescription médicale (bassin F et sacrum P)	
Crâne			Pas de radio
Face		Prescription par CMF	

7. PRECAUTIONS

- En cas de doute, l'IOA demande immédiatement un avis médical à l'urgentiste en traumatologie.
- Informe le patient sur la modification de prise en charge.
- Le médecin examine systématiquement le patient avant de regarder les radios.
- Le médecin peut demander des clichés complémentaires si besoin
- Déshabiller le patient avant les radios et l'examen clinique

8. EVALUATIONS - CONTRÔLE

- Prévoir une réunion avec les IOA, les cadres, les urgentistes, les radiologues et les orthopédistes après la mise en œuvre du protocole.

ANNEXES

- Cf. documents associés
- Affiche dans le bureau de l'IOA (tableau sur le siège du traumatisme, les critères cliniques et les radiographies à prescrire)
- Groupe de travail :
 - IOA : Magali ANTOINE, Anne CHARRIER, Yannick Le PAPE
 - Urgentistes : Dr Viateur NSENGIYUMVA, Dr Maturine MAFOUTA, Dr Corinne CANU
 - Radiologues : Dr Catherine LEHUJEUR
 - Chirurgiens orthopédistes : Dr ABOUFARAH



Communication du protocole de prescription anticipée de radiographies en zone IOA – Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges

Protocole de prescription anticipée de radiographie dès la zone d'accueil par l'I.O.A

Critères d'inclusion

Les patients ambulants se présentant aux urgences pour un traumatisme isolé
sans signe de gravité avec absence de trouble neurologique, hémodynamique et ventilatoire.
Patients calmes et coopérants

Critères d'exclusion

Prise en charge initiale des polytraumatisés ou poly fracturés
Traumatisme à haute énergie (cinétique violente, chute avec hauteur...)
Les enfants (cf chirurgie infantile)
Pour les femmes en âge de procréer :
Demander la date des dernières règles et le mode de contraception.
Si retard de règles et/ ou si désir de grossesse et DDR > 14 jours → Avis médical

Information aux patients

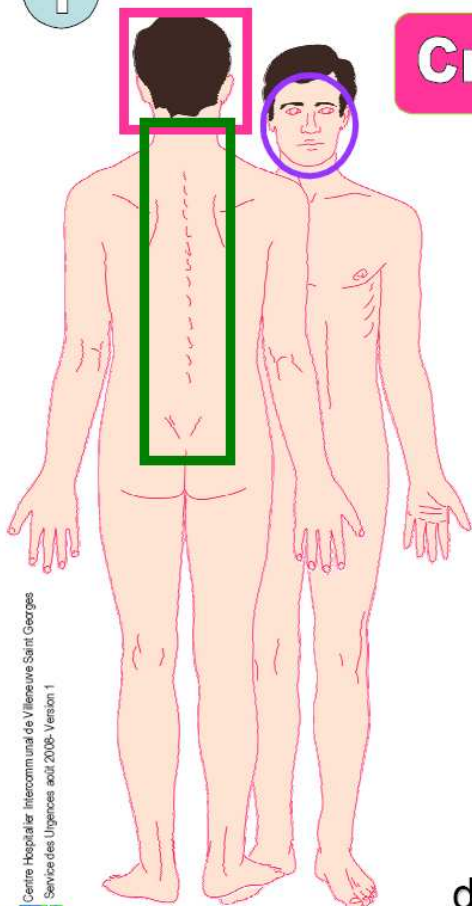
L'IOA indique le but (réduire le temps d'attente) et le mode de prescription (délégation médicale)
L'IOA précise le risque de demande de radiographie supplémentaire par le médecin en cas de nécessité.

L'IOA prescrit la demande de radiographie selon le tableau suivant

L'IOA rédige la demande de radiographie sur le bon radio
L'IOA envoie le patient à la radio avec le mode de transport adéquat
Après la réalisation de l'examen radiologique, le patient est envoyé par l'équipe de radiologie dans la zone d'attente.
Le patient est pris en charge par le médecin, interrogé et examiné. Le médecin indique au patient son hypothèse diagnostic en fonction de la clinique et de l'examen radiologique. S'il le juge nécessaire, le médecin peut demander des clichés supplémentaires.



1



Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve Saint Georges
Service des Urgences août 2008- Version 1

Crâne

Pas de radio

Face Prescription par CMF

Rachis

Rachis cervical

Si présence d'un collier :
changement du collier
par un médecin qui
évaluera l'indication de
prescription des radios.

Si arrive en marchant
et sans collier

Rachis cervical F+P + odontoïde

Rachis dorsal

Prescription médicale
(rachis dorsal F+P et RP)

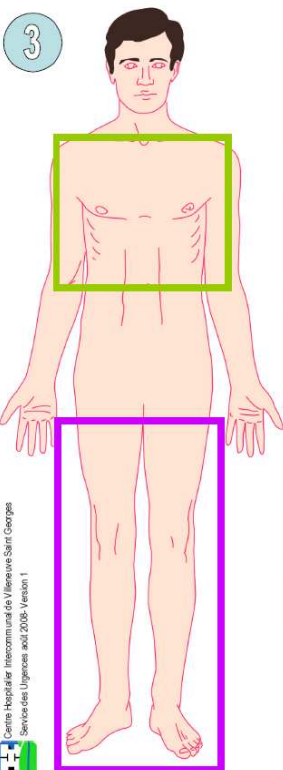
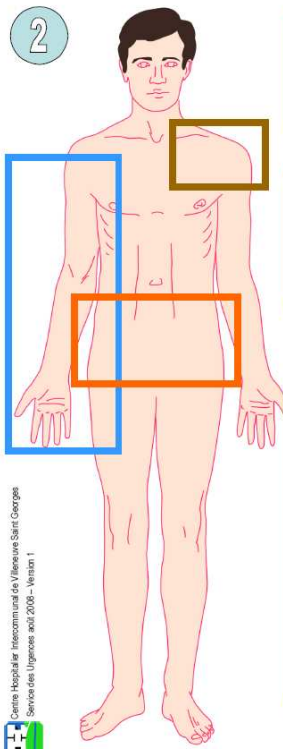
Rachis lombaire

Prescription médicale
(F + P)

Coccyx

Prescription médicale
(bassin F et sacrum P)

Protocole de prescription anticipée
de radiographie dès la zone d'accueil par l'IOA



Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
Service des Urgences août 2005 - Version 1

Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges
Service des Urgences août 2005 - Version 1

Epaule	Acromio-claviculaire	Douleur localisée	Rx épaule F+ P Et défilé claviculaire
	Luxation scapulo-humérale	Douleur localisée	Rx épaule F+ P (Rx omoplate) Avec priorité à la radio

Bassin	Bassin Hanche	Si forte suspicion de fracture du col du fémur : Douleur localisée, raccourcissement, rotation externe, impotence fonctionnelle	Bassin face + hanche lésée F+P + thorax face
	Reste du bassin		Examen médical

Membre supérieur	Humérus	Douleur, œdème, impotence fonctionnelle, déformation du bras du 1/3 moyen et inf	humérus F+P
	Extrémité supérieure de l'humérus	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, déformation	épaule F+P et humérus F + P
	Coude	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, déformation	Rx Coude F+Profil strict
	Avant-bras	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, déformation	Rx Avant-bras F+P. Poignet et coude si douloureux et/ou si déformation
	Poignet	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle. Douleur associée de la tabatière (scaphoïde)	Poignet F + P Incidence scaphoïde
	Main	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Main F + 3/4
	Doigt	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Doigt F + P strict

Thorax	Côtes	Douleur localisée	Rx Thorax face + grill costal du côté douloureux (gauche ou droit)
	Clavicule	Douleur localisée	Défilé claviculaire + (Rx thorax face)
	Sternum	Douleur localisée	Rx Thorax face + sternum Profil

Membre inférieur	Cuisse	Prescription médicale	
	Genou	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, blocage	Rx Genou F+P + défilé fémoro-patellaire
	Jambe	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle, blocage	Jambe F+P Si déformation + genou et cheville
	Cheville	Douleur, œdème, impotence fonctionnelle, notion de craquement	Rx Cheville F + P Si forte suspicion de fracture + jambe et genou + base du 5 ^{ème} métatarsien
	Calcanéum Talon	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Rx talon de profil externe + incidence rétro tibiale
	Médio-pied	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Pied F + 3/4
	Avant-pied	Douleur localisée, œdème, impotence fonctionnelle	Avant pied F + P
Orteils	Douleur, œdème, impotence fonctionnelle	Rx Avant pied F + P	



Les avis spécialisés

Formaliser des protocoles pour contacter les spécialistes

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Les délais d'obtention d'avis spécialisés peuvent être rallongés à cause du temps d'arrivée du spécialiste, mais aussi par le temps consacré à d'éventuels examens complémentaires avant décision
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les modalités de collaboration entre les urgentistes et les spécialistes
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer les services volontaires et fréquemment sollicités par le service des urgences dans l'élaboration de protocoles propres à raccourcir les temps d'attente Réaliser un travail collaboratif de rédaction des protocoles puis les diffuser au sein des services concernés
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Volontariat des services spécialisés Identification des spécialités majoritairement concernées
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Suivre la mise en œuvre Mettre à jour les protocoles
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Perpignan Hôpitaux Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Modalités de demande d'avis orthopédique Tableau de coordination service d'urgences – assistante sociale Tableau de coordination service d'urgences – psychologue Tableau de coordination service d'urgences – psychiatre
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Partager et définir les règles de fonctionnement du service d'accueil des urgences

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		

Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Un médecin représentant de la spécialité concernée
- Un à deux urgentistes dont le chef de service

La démarche

Il convient d'abord d'identifier des spécialités qui sont le plus souvent sollicitées par les urgences et, parmi elles, les acteurs individuels qui sont favorables à une coopération avec les urgences.

Concrètement deux à trois réunions permettent de s'accorder sur les trois ou quatre protocoles les plus utiles au service des urgences puis ensuite de les formaliser et enfin de les valider. L'efficacité du travail du groupe repose largement sur la légitimité reconnue des participants.

La troisième étape consiste à diffuser les protocoles tant au niveau du service des urgences que des services de spécialités.

Une fois le processus enclenché il devient possible de l'élargir vers d'autres services.



Documents

Modalités de demande d'avis orthopédique – Hôpitaux Drôme Nord

MODALITES DE DEMANDE D'AVIS ORTHOPEDIQUE

Des modalités de demande d'avis différenciées selon les horaires et le type de dossiers :

A 8 h, les dossiers à problème de la veille (en attente à l'accueil) sont discutés au bloc entre le médecin SMUR et le chirurgien.

- En cas de sortie du médecin SMUR, l'urgentiste prend la relève.

Jusqu'à 16 h 30, l'urgentiste appelle le secrétariat du bloc au 76 54 pour demande d'avis.

- Il communique son nom, le nom du patient, l'âge, et la pathologie.
- Les avis spécialisés auront lieu à 10 h, en fin de matinée et vers 15 h 30.

De 16 h 30 à 18 h 30 : ?

A partir de 18 h 30, le chirurgien de garde est joignable sur demande au standard.



Tableau de coordination service d'urgences – assistante sociale – Centre Hospitalier de Perpignan

Tableau de coordination Service d'urgences - Assistante Sociale

Typologie	Couverture sociale Inexistante/douteuse	Personnes âgées avec perte d'autonomie		SDF ou personne précaire avec demande d'urgence matérielle	Violences conjugales intra-familiales
		Retour au domicile impossible d'hospitalisation	Patient sortant mais fragile		
critères				Pas de lieu d'hébergement	Si exprimé ou suspicion
Accueil	Signalement instantané (PASS et AsS) Pas de SS et/ou pas d'adresse	X	X	X	Remise plaquettes d'information dans dossier
IAO		X	X	Signalement à l'AsS ou appel 115 Traçabilité dans le DP	Signalement à l'AsS si besoin d'hébergement, ou pour évaluation de la dangerosité du retour Contact de la psychologue si répercussion psychologique majeure et/ou stress aigu Informez le médecin urgentiste si répercussion psychologique mineure Interpeller l'AsS ou psychologue Si suspicion, ou exprimé faiblement
IDE	X	Signalement à l'AsS Traçabilité zone de triage : dossier vert case renseignement sociaux	Signalement à l'AsS Traçabilité UHCD : Tableau et transmissions ciblées		
Médecin	X	UHCD : Tableau et transmissions ciblées		Signalement à l'AsS ou appel 115 (Si non tracé dans le DP) Traçabilité dans le DP	contacter le psychiatre absence du psychologue Si répercussion psychologique importante
Assistant social	Entretien Démarches de régularisation Traçabilité sur feuille violette	Récueil données, transmission au service d'aval	Elaboration du plan d'aide Projet en cours avec l'EMG	Entretien Démarches de régularisation Traçabilité sur feuille violette	Information, entretien, orientation, évaluation dangerosité retour
SORTIE	IDE/Médecin Remise systematique de la documentation ad hoc Diriger au PASS	X	Selon évaluation, sortie envisagée, Aide technique IDE/Médecin pour organisation du retour prestation à domicile Information médecin traitant (CR d'hospitalisation pour service receveur, ou fiche de liaison IDE ou macro cible de sortie)	Si régularisation, sortie Sinon, adaptation temporaire au cas social	IDE/Médecin Remise systematique brochure coordonnées (AsS, psy, violence, addictologie, informations utiles) Même la nuit

AsS : Assistant social - SS : sécurité sociale - DP : Dossier Patient Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Form_CHP_023/1



Tableau de coordination service d'urgences – psychologue – Centre Hospitalier de Perpignan

Tableau de coordination Service d'urgences - Psychologue

Typologie	Deuil	victimologie		Violence familiale	Anxiété et détresse réactionnelle
critères	Mort violente ou brutale Suicide Prise en charge de l'entourage, des enfants	Contact impératif Agression sexuelle Agression par armes Séquestration	Contact non impératif Agressions physiques, Rescapés de noyades, Accidents traumatiques montagne, mer, attentat	Violence familiale Suspicion de violence familiale	Détresse réactionnelle (suite à un événement malaise, deuil,...) Somatisation, passages multiples au SAU, Angoisse à l'hospitalisation
Accueil	X	Remise plaquettes d'information dans dossier (prise en charge psychologique, ADAVIP)	Remise plaquettes d'information dans dossier en cas d'agression (prise en charge psychologique, ADAVIP)	Remise plaquettes d'information dans dossier	X
IOA	Proposition d'une prise en charge par le psychologue. Signalement au cadre	Prise en charge rapide Orientation vers Médecin de l'avant (hors grosse traumatologie)	Proposition d'une prise en charge par le psychologue, en cas d'agression	Signalement à l'AsS si besoin d'hébergement, ou pour évaluation de la dangerosité du retour Contact de la psychologue si répercussion psychologique majeure et/ou stress aigu Informer le médecin urgentiste si répercussion psychologique mineure Interpeller l'AsS ou psychologue Si suspicion, ou exprimé faiblement	Si repérage, proposition d'une prise en charge par le psychologue
IDE SECTEUR		Remise plaquettes d'information	Remise plaquettes d'information, en cas d'agression Signalement au psychologue si événement traumatique verbalisé (surprise-effroi-sentiment imminent de mort)		
Cadre	Reçoit les familles Signalement au psychologue ou remise des coordonnées.	X	X		
Médecin	Signalement au cadre Reçoit les familles En cas d'absence du psychologue, décision concernant la pertinence d'une prise en charge psychiatrique.	Agression sexuelle : Prise en charge AES +/- prescription pilule du lendemain Demander si accord pour signalement si patient majeur. Signalement systématique si patient mineur ou vulnérable (sous tutelle ou non). Si accord, contacter la police nationale ou gendarmerie nationale en fonction du lieu de l'agression (Effectue une réquisition). <u>Tracabilité impérative et précise sur DP</u> Remise plaquettes d'information Signalement au psychologue En cas d'absence du psychologue, remise des coordonnées.	Remise plaquettes d'information, en cas d'agression Signalement au psychologue si événement traumatique verbalisé (surprise-effroi-sentiment imminent de mort)		
Psychologue	Prise en charge immédiate Prise en charge post-immédiate Accompagnement Suivi et/ou orientation	Evaluation de l'impact traumatique Proposition d'une prise en charge	Evaluation de l'impact traumatique Proposition d'une prise en charge	Prise en charge immédiate Prise en charge post-immédiate Accompagnement dans la procédure Orientation sur les associations	Entretien d'évaluation et orientation Lien avec l'équipe psychiatrique si nécessaire
SORTIE	Remise éventuelle des coordonnées du psychologue	Lien avec l'équipe psychiatrique si nécessaire. Si possible, garder le patient pour évaluation par le psychologue. Remise <u>systématique</u> ITT hors agression sexuelle, coordonnées psychologue ou lien avec l'équipe psychiatrique en cas d'absence du psychologue)	Remise <u>systématique</u> ITT En cas d'absence du psychologue, remise de plaquette d'information.	Si dangerosité de retour : garder pour évaluation par l'assistant social ou psychologue Remise <u>systématique</u> ITT, brochure coordonnées (AsS, psy, violence, addictologie, informations utiles) Même la nuit	

Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

AsS : Assistant social - SS : sécurité sociale -DP : Dossier Patient

Form_CHP_026



Tableau de coordination service d'urgences – psychiatre – Centre Hospitalier de Perpignan

Tableau de coordination Service d'urgences - Psychiatres

Critères	Urgences Psychiatriques Graves	Consultation à la demande d'un Médecin Traitant	IMV			Fausses Consultations Psychiatriques
			Psy > Soma	Psy < Soma	Soma Exclusif	
	BDA - Ivresse Patho Psychose chronique	Lettre d'accompagnement	Se souvient de l'entretien	Glasgow 15		Annonce décès Détrences Sociales Ivresses Confusions
Infirmière IAO	Prise des Constantes Glycémie	Prise des Constantes	OUI	OUI		OUI
Médecin « avant » : Médecin Référent de l'accueil (portable)	Pour les Certificats HO HDT		OUI	OUI	OUI	OUI
Psychiatre du service ou de Garde	OUI (Vient dans un délai de 10 mn)	OUI	OUI	NON	NON	NON
Médecin Psychiatre Médecin « avant »	Orientation Commune	OUI	OUI Confirme le Diagnostic	<input checked="" type="checkbox"/> Réa <input checked="" type="checkbox"/> UHCD <input checked="" type="checkbox"/> Urgences après désintoxication Sollicite le Psy	NON	Après l'avis de l'urgentiste, OUI ou NON



La sortie des patients

Préparer la sortie des patients du service des urgences ou des services d'hospitalisation

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des informations données lors de la sortie des patients Enchaînement des tâches liées à la libération des chambres, dont le nettoyage
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Fluidifier et anticiper la sortie des patients
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les différentes étapes à réaliser pour la sortie des patients Formaliser le processus et le mettre en place Suivre les résultats obtenus et amender le processus
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> La sortie doit être envisagée comme un acte de soin
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration et implication de l'ensemble des professionnels concernés
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Bastia Centre Hospitalier de Charleville Mézières CHU d'Amiens
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Protocole d'audit de la qualité de la préparation de la sortie Procédure de pré sortant Questionnaire d'amélioration de l'aval
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Libérer les lits plus tôt dans la journée

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service
- Médecins
- Cadre de santé
- Personnel paramédical

La démarche

La démarche est décomposée en trois étapes :

- Identifier les différentes étapes à réaliser pour la sortie des patients
- Formaliser le processus et le mettre en place
- Suivre les résultats obtenus et amender le processus

Cette action vise non seulement à répondre au problème de l'hospitalisation post urgence, tant en UHCD qu'en service d'hospitalisation, mais aussi à structurer l'acte de fin de prise en charge au sein du centre hospitalier. Il ne s'agit pas uniquement d'organiser un « retour à la rue », mais la continuité des soins entre l'hospitalisation et la médecine de ville.

Etape 1 - Identifier les différentes étapes à réaliser pour la sortie des patients

Cette étape permet de bâtir, en groupes de travail pluridisciplinaires, le processus de sortie des patients en intégrant les tâches liées à la continuité des soins (ordonnance, courrier pour le médecin traitant, etc.), les tâches logistiques internes (nettoyage de chambre) ou externes (moyens de transport pour le retour à domicile ou transfert vers un autre établissement).

Ce travail peut être l'occasion de quantifier divers éléments tels que :

- Durée et délai de réalisation des tâches
- Fréquence d'apparition
- Dysfonctionnements observés

Il est alors possible d'apporter des solutions à différents problèmes récurrents ou de mieux anticiper certains événements. Par exemple, un retour à domicile ou un transfert entre établissements nécessitant un recours à un mode de transport particulier (ambulance) peut être anticipé.

Etape 2 - Formaliser le processus et le mettre en place

A la suite de la première étape, un processus cible peut être élaboré. Il doit être expliqué aux différents professionnels impactés. De plus, la mise en place d'indicateurs quantitatifs permettra de mesurer les progrès réalisés, voire d'apporter des ajustements si les objectifs ne sont pas atteints.

Etape 3 - Suivre les résultats obtenus et amender le processus

Une fois le processus décrit, les indicateurs définis et les modalités de collecte des données définies, mais aussi les acteurs formés, le nouveau processus est mis en œuvre sur une période test.

Les résultats obtenus sont évalués et discutés en groupe pluridisciplinaire. Des actions correctives éventuelles sont définies avant une généralisation du nouveau mode de travail.

Remarque :

Certains points particuliers sont à prendre en compte :

- Facturation : la sortie des patients intègre également des tâches nécessaires à la préparation de la facturation du passage. Cela requiert la disponibilité de données liées au patient coordonnées, carte vitale, etc.), mais aussi liées aux actes réalisés et à leur codification.



- Généralisation : avant que le service des urgences aille demander aux services d'aval de mieux gérer la libération des lits, il peut être intéressant de mettre en œuvre cette bonne pratique au sein de l'UHCD. Cela permet de disposer d'un processus qui pourra être présenté aux autres services, mais aussi de résultats déjà acquis au sein du service des urgences.



Documents

Procédure de pré sortant – Centre Hospitalier de Bastia

Cette procédure s'inscrit dans le cadre de la définition d'une politique générale de sortie du patient.

ETAPE	ACTEURS	ACTIONS
0	Le médecin	Identifie à chaque visite les patients dont la sortie peut être envisagée pour le lendemain : patients pré sortants
0	Le Cadre de santé ou l'IDE	Prévient la famille Inscrit les patients pré sortants sur la planification murale
1	Le médecin	Débuté chaque visite médicale pour ces patients pré sortants afin que la décision de sortie soit prise avant 10 h Décide de la sortie Donne au patient toutes les informations utiles à la continuité de sa prise en charge
2	Le médecin	Etablit les ordonnances, bons de transport et les documents nécessaires à la sortie
3	Le Cadre de santé ou l'IDE	Organise la sortie : * Prévoit le moyen de transport : ambulance ou taxi * Confirme à la famille l'heure de sortie Donne au patient les différents documents Reformule au patient les explications utiles S'assure de la bonne compréhension des consignes
4	Le Cadre de santé ou l'IDE	Etablit la fiche de liaison para-médicale en cas de nécessité si la sortie est soumise à une prise en charge para médicale libérale ou en institution



Questionnaire d'amélioration de l'aval – Centre Hospitalier de Charleville Mézières

QUESTIONNAIRE AMELIORATION DE L'AVAL

SERVICE :

Date :

Heure

I ECEM et Service:

L'ECEM intervient-elle dans le service ?

OUI |

NON |

▶ Quels sont les horaires des prestations ?

Semaine :

Jours fériés

▶ Combien de personnes interviennent, par jour et par poste ?

▶ Les agents sont-ils en poste sur le service uniquement?

OUI |

NON |

Si non, quels services ou secteur ?

▶ Quelles sont leurs tâches au sein du service ?

Entretien quotidien de la chambre

Chambre de sortie

Un agent différent pour l'entretien et la sortie ?

▶ Comment les contactez-vous en cas de besoin ?

II Service et ASH :

▶ Avez-vous des ASH dans le service ?

OUI |

NON |

▶ Quels sont les horaires?

Semaine :

Jours fériés

▶ Quel est leur rôle ? (entretien, hôtelier)

▶ L'ASH fait-elle les chambres de sortie ?

OUI |

NON |

III Service et AS :

▶ Les AS interviennent-elles dans le ménage au moment de la sortie du patient ?

OUI |

NON |

▶ Que font-elles ?



► Le ménage est effectué à quel moment ?

Dès la sortie d'un patient

OUI |

NON |

Après plusieurs sorties

OUI |

NON |

IV Temps et chambre de sortie :

► Avez-vous un temps défini par sortie ?

OUI |

NON |

Sortie simple

Chambre contaminée

Décès

► Ce temps vous paraît-il suffisant ?

OUI |

NON |

VI La sortie du patient :

► Avez-vous une heure de sortie fixe ? (14H)

OUI |

NON |

► Quelles sont les heures de sorties des patients ?

► Disposez-vous d'une salle d'attente ?

OUI |

NON |

Si oui, les patients sortants y sont-ils installés pour prendre leur repas ?

OUI |

NON |

En l'attente de la sortie définitive ?

OUI |

NON |

► Comment programmez-vous les entrées / sorties surtout SAU ?

► Rencontrez-vous des difficultés concernant l'entretien des chambres de sortie ?

OUI |

NON |

Lesquelles ?

► Les papiers de sortie

Qui les fait ?

Qui les donne ?

► Les transports pour la sortie

* Ambulances:

Qui les contacte ?

L'heure demandée est-elle respectée ?

OUI |

NON |

* Brancardage:

Qui les contacte ?

L'heure demandée est-elle respectée ?

OUI |

NON |

Avez-vous des remarques concernant l'amélioration de la filière « sortie du patient » ?



Protocole d'audit de la qualité de la préparation de la sortie – CHU d'Amiens

PROTOCOLE DE L'AUDIT CLINIQUE CIBLE Audit de pratiques : Préparation de la sortie

Préambule

La sortie de l'enfant après sa prise en charge dans l'unité d'urgences pédiatriques. Cette étape doit être envisagée comme un acte de soin à part entière. Une préparation insuffisante, des défauts d'information ou de coordination avec les différents intervenants peuvent induire des dysfonctionnements dans la continuité des soins au domicile.

Le présent protocole est issu de celui de l'ensemble des audits cliniques menés dans les établissements de santé, à l'échelon national, depuis 1997. Il explore trois aspects nécessaires à la préparation de la sortie de l'enfant patient ayant pour objectifs spécifiques :

- d'assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie de l'enfant
- d'assurer la continuité de la prise en charge après la sortie de l'enfant.

Références :

- Référentiel de l'HAS sur la préparation à la sortie
- La charte de l'enfant hospitalisé 1988
- La loi du 4 mars 2002
- La circulaire de 1983 sur l'hospitalisation des enfants
- Recommandations de l'Association Sparadrap
- Recommandations Sociétés de Chirurgie et Anesthésie pédiatrique
- Transmissions ciblées
- Procédure de sortie

1. Le champ d'application et critères d'inclusion

L'évaluation concerne le Centre d'Activité des urgences pédiatriques du pôle de pédiatrie du CHU d'Amiens accueillant des patients de la naissance à 17 ans, pour tout passage dont la sortie est envisagée par retour à domicile et pouvant nécessiter un relais avec d'autres intervenants médicaux, paramédicaux et/ou sociaux après l'hospitalisation.

2. Les critères d'exclusion

Tous les patients admis vers une unité de soins de pédiatrie du CHU.

3. Le type d'étude

Il s'agit d'une évaluation rétrospective, c'est-à-dire une étude à partir des dossiers des enfants patients sortis à domicile.

4. Les sources et les modes de recueil des données

La source d'information est le dossier de l'enfant (dossier papier et dossier du système d'information).



Le coordonnateur de l'audit est chargé de vérifier la qualité des données : exhaustivité, exactitude, précision et cohérence.

5. La taille de l'échantillon

L'échantillon se porte sur l'étude des 12 derniers dossiers de patients sortis dont 6 dossiers de chirurgie et de 6 dossiers de pédiatrie.

6. La période d'évaluation

La première évaluation aura lieu en janvier 2009

7. Méthodologie de l'évaluation – Plan de communication – Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ)

- Evaluation tous les deux mois entre le 20 et le 30 des mois de juillet – septembre – novembre – janvier – mars et mai.
- Le jour de l'audit est laissé à l'appréciation du cadre de santé.
- Les auditeurs sont internes à l'unité de soins : cadre de santé, puéricultrice coordinatrice.
- Saisie et exploitation par le cadre de santé.
- Restitution de l'audit à l'équipe par les auditeurs.
- Détermination de 1 à 3 points de progression prioritaires et prise en compte du plan d'amélioration de la qualité et accompagnement par le cadre et les référents de l'unité.
- Suivi du tableau de bord par le cadre de santé et le cadre supérieur.
- Présentation annuelle des résultats lors de la réunion « Conseil de service »
- Audit annuel externe dans 1 an.



Libérer les lits plus tôt dans la journée

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> L'engorgement de l'aval des services des urgences n'est pas forcément un problème de nombre de lits, mais plutôt un besoin d' « heures lits » Les transferts service des urgences – services d'hospitalisation s'effectuent souvent après 16 heures entraînant un pic en besoins de ressources de brancardage et n'arrivant pas forcément au meilleur moment pour le personnel des services d'aval (transmissions, repas des patients, etc.) Pour certains services d'aval des urgences, le taux de recrutement à partir des urgences est important
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Fluidifier l'aval des urgences Améliorer la qualité de la prise en charge des patients dans les services d'hospitalisation
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Quantifier les flux vers les services d'aval des urgences Identifier les services d'aval « volontaires » Conduire une démarche de sensibilisation des chefs de services et des cadres de santé Mettre en place les protocoles définis Evaluer et suivre
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Motivation des personnels Volontariat des services Volume de patients admis à partir des urgences
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Eviter l'effet « soufflé »
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Saint Brieuc
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Préparer la sortie des patients du service des urgences ou des services d'hospitalisation

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Direction
- CME
- Chef de service des urgences
- Cadre de santé des urgences
- Chefs de services d'hospitalisation
- Cadres de santé de services d'hospitalisation
- Direction des soins

La démarche

La démarche est décomposée en cinq étapes :

- Quantifier les flux vers les services d'aval des urgences
- Identifier les services d'aval « volontaires »
- Conduire une démarche de sensibilisation des chefs de services et des cadres de santé
- Mettre en place les protocoles définis
- Evaluer et suivre

Etape 1 - Quantifier les flux vers les services d'aval des urgences

Les lits d'hospitalisation sont rarement disponibles avant 16 h, le temps pour les services de réaliser les sorties. Un engorgement se crée alors dans les services des urgences. Par effet « boule de neige », lorsque les lits se libèrent vers 16 heures, les brancardiers n'ont pas la capacité de monter tous les patients. Cela crée des décalages et des montées tardives à des horaires qui posent ensuite des problèmes d'organisations aux services.

Pour objectiver cette situation, il est nécessaire de procéder :

- A un chiffrage du nombre de patients envoyé chaque jour vers chacun des services ou pôles d'hospitalisation
- A la mesure es heures auxquelles les patients sont adressés dans les services d'aval

Etape 2 - Identifier les services d'aval « volontaires »

Sur la base des quantifications, l'objectif de cette étape est d'une part de définir les services d'aval présentant le plus grand taux de patients hospitalisés à partir des urgences à un horaire tardif, mais aussi dont le personnel est le plus moteur pour améliorer la situation avec les urgences.

Etape 3 - Conduire une démarche de sensibilisation des chefs de services et des cadres de santé

A partir de ce « classement », une action est conduite auprès des équipes des services d'aval volontaires pour objectiver la situation et étudier les modalités de collaboration envisageables en fonction des contraintes des services. Cette étape est notamment le moment de définir les objectifs accessibles. Le centre Hospitalier de Saint Brieu visait ainsi une disponibilité des lits entre 14 h et 16 h.

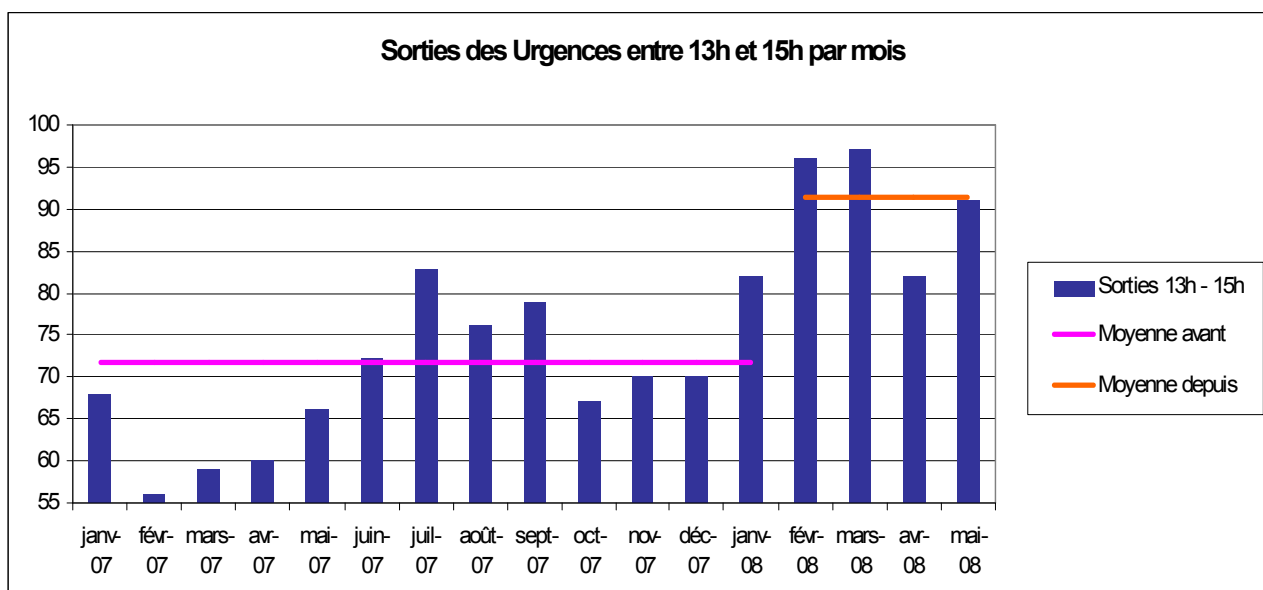
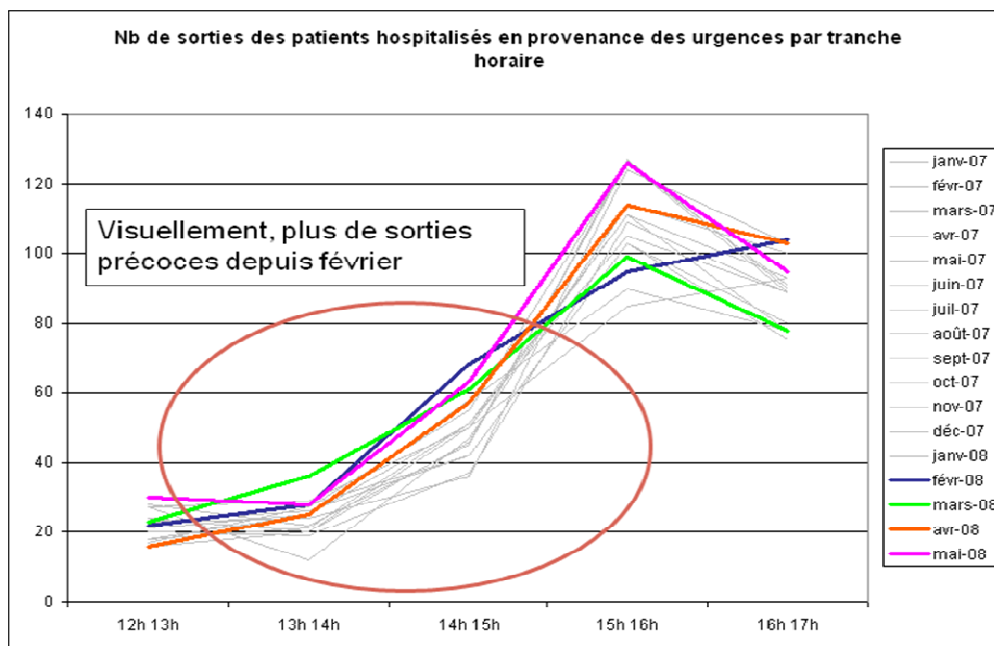
Etape 4 - Mettre en place les protocoles définis

Les solutions envisagées sont testées et, si nécessaire, amendées avant d'être formalisées.

Quelques résultats

Centre Hospitalier de Saint Brieu

Pour évaluer la réussite de cette démarche, l'idée était de suivre le nombre de sorties de patients hospitalisés aux différentes heures de la journée et notamment entre 13 h et 15 h. Les résultats sont les suivants :



L'effet a été visible dès le premier mois, alors que seulement cinq services étaient concernés.

Il est à noter qu'en parallèle aux efforts des services d'aval, le service des urgences a réorganisé le planning de travail des AS de manière à renforcer le poste de brancardage en fin d'après-midi.



Gérer les suites de soins

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge des patients au service des urgences n'est qu'une première étape dans le processus de soin des patients. Pour certains patients, la suite sera gérée au sein de l'établissement par une hospitalisation, pour d'autres, au contraire un lien devra être fait soit avec la médecine de ville, soit avec des spécialistes. Dans ces cas, il n'est pas forcément nécessaire d'avoir une reconvoction au service des urgences.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Réduire le taux de reconsultations au service des urgences Faciliter les accès directs aux services de spécialités
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Disposer de plages de consultations dans les services de spécialités alloués aux patients issus des urgences Protocoliser les modalités de reconvoction au service des urgences
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration avec les services d'aval
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none">
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Modalités de suites de soins d'orthopédie chirurgicale Protocole de bonnes pratique de re convocation des patients en suites de soins
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Documents

Modalités de suites de soins d'orthopédie chirurgicale – Hôpitaux Drôme Nord

MODALITES DE SUITES DE SOINS D'ORTHOPEDIE CHIRURGICALE

1. Liste non exhaustive des pathologies nécessitant une consultation

- Fracture déplacée du poignet
- Fracture déplacée du tarse ou du carpe
- Fracture de la clavicule avec déplacement important
- Hémarthrose du genou :
 - Doute sur rupture du LCA : prévoir IRM puis consultation
 - Doute sur fracture : prévoir TDM puis consultation
- Fracture déplacée de l'humérus
- Fracture déplacée du scaphoïde
- Pathologie de la coiffe de l'épaule : prévoir une échographie puis consultation
- Fracture de la cheville déplacée avec doute sur un geste chirurgical

Ces patients doivent être vus à 5 jours (plus ou moins un jour).

2. Plages réservées des consultations pour les patients du SAU

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Dr J	3				2 (en privé)
Dr B		2			
Dr E			4		
Dr C				4	

PS : en dehors des ces créneaux alloués, il est toujours possible aux urgentistes senior d'argumenter auprès des chirurgiens une plage supplémentaire.

Attention !

Pour les suites de soins concernant la traumatologie médicale, proposer au patient d'aller voir son médecin traitant (avec prescription / recommandations) ou un médecin du sport ou accueillir dans le SAU. Ne pas envoyer vers le service orthopédie.



Protocole de bonnes pratiques de re convocation des patients en suites de soins – Hôpitaux Drôme Nord

PROTOCOLE DE BONNES PRATIQUES DE RECONVOCAION DES PATIENTS EN SUITES DE SOINS

(Rédigé par Dr GONZALES, PERROT, CHABANE)

Concernant les entorses et/ou les fractures

1. Il n'y a pas lieu de convoquer un patient présentant une entorse ou une luxation (quelle que soit sa localisation) si elle n'a pas été plâtrée. Confier le patient au médecin traitant. Penser à établir une prescription pour les séances de kinésithérapie.
2. Il n'y a pas lieu de convoquer un patient immobilisé par résine souple.
3. Fracture de la clavicule : il y a lieu de convoquer à j8 (évaluer la non observance, les positions vicieuses) et j21 (dépister une évolution pathologique) pour contrôle radio et réajustement de l'attelle de Meck.
4. Fracture de la tête humérale de la personne âgée : convoquer à j8 (pour dépister une position vicieuse), j21 (pour débiter la kinésithérapie passive), j45 (pour évaluer la consolidation).
5. Fracture en motte de beurre de l'avant-bras : il n'y a pas lieu de réaliser un contrôle radiographique. L'immobilisation doit être fait en :
 - BAB plâtré si la douleur est excessive, en cas d'instabilité potentielle.
 - Durée totale d'immobilisation : 15 à 30 jours.
 - Manchette plâtrée si la fracture est uni corticale, peu douloureuse, pendant 21 jours.
6. Fractures potentiellement instables : convoquer à j5, j10, j21 (90 % des déplacements secondaires sont découverts j5, on peut encore intervenir non chirurgicalement jusqu'à j12).
7. Fractures de métacarpiens :
 - instables : j5, j10, j21.
 - stables : j8, j21.
8. Fracture non compliquée de la tête radiale : il n'y a pas lieu d'immobiliser en plâtre BAB plus de 10 jours. (Risque de raideur +++).
9. Il y a lieu de relire et d'appliquer le protocole entorse de la cheville +++.
10. Il n'y a pas lieu de convoquer un patient s'il ne bénéficie d'aucune contention rigide, et qu'aucune imagerie complémentaire n'est nécessaire.
11. Les indications de convocation pour « fracture clavicule et le J45 de la fracture de la tête humérale de la personne âgée » peuvent être discutables

Concernant les plaies

1. Tout patient présentant une plaie de la main vue par un interne seul, doit être convoqué pour le premier pansement.
2. Les patients présentant des plaies simples : propres, fermées, sans doute quant à une lésion d'élément noble ne doivent pas être convoqués.



3. Les patients présentant des plaies complexes, profondes avec pose de matériel (ex : crins de drainage) doivent être suivis aux urgences.
4. Les patients présentant des plaies intermédiaires, doivent être confiés à l'infirmière libérale, avec convocation une fois par semaine aux urgences pour contrôle médical.
5. NE RECONVOQUER AUX URGENCES LE WEEK-END QUE LES PATIENTS PRESENTANTS DES PLAIES COMPLEXES ET DES BRULURES DU SECOND DEGRE ET PLUS.

Concernant les brûlures

1. Il n'y a pas lieu de convoquer un patient présentant une brûlure au premier degré.
2. Les patients présentant des brûlures nécessitant une sédation doivent être convoqués tant que la sédation est nécessaire.
3. Il y a pas lieu de convoquer quotidiennement les patients présentant des brûlures du second degré et plus, à la phase initiale, puis une fois par semaine.
4. Cas particulier de la brûlure mécanique (chute de scooter par exemple) : convoquer le patient si les brûlures sont étendues ou profondes.

D'UNE MANIERE GENERALE TENTER DE FAIRE JOUER PLEINEMENT LEUR ROLE AUX MEDECINS TRAITANTS ET AUX PARAMEDICAUX LIBERAUX

IL EST POSSIBLE DE S'ECARTER DE CES LIGNES DE CONDUITES, MAIS IL CONVIENT D'EN NOTER LES RAISONS DANS LE DOSSIER PATIENT POUR EN INFORMER LES COLLEGUES

VALIDATION : Dr GENEVEY
Chef de service



Améliorer la gestion de la facturation

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Avec la généralisation de la T2A, la codification des actes et l'obtention des données des patients relatives à la facturation sont devenues une nécessité pour les établissements publics Une meilleure gestion de la facturation peut accroître à iso activité es recettes d'un service des urgences de 10 à 20 %
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Accroître les recettes des services d'urgence Disposer de marges de négociation avec la direction et les tutelles
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Accroître l'information du personnel Développer la qualité des dossiers Améliorer les recettes et le taux de recouvrement
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Prise de conscience des personnels des incidences de la facturation
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Qualité de la saisie des données Relations avec le DIM
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Castres Mazamet
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Chef de service des urgences
- Cadre de santé des urgences
- Ensemble du personnel du service des urgences
- DIM

La démarche

La démarche est décomposée en quatre étapes :

- Sensibiliser le personnel
- Disposer d'un environnement adapté
- Quantifier la situation
- Mettre en place des actions correctives pour récupérer ce potentiel

Etape 1 - Sensibiliser le personnel

Cette étape primordiale vise à générer une prise de conscience réelle du corps médical et paramédical des incidences des données patients dans le cadre de la facturation : de la bonne adresse aux renseignements des actes réalisés et retranscrits dans le dossier patient. Elle requiert également une amélioration de la coordination entre l'antenne administrative et l'IOA.

Etape 2 - Disposer d'un environnement adapté

Cette étape est conduite à deux niveaux : vis-à-vis du patient et au sein du service des urgences.

Dans le premier cas, elle vise à disposer d'informations sur les patients plus fiables, de jour comme de nuit, avec la demande de la carte d'identité et de la carte vitale de façon systématique.

Dans le second cas, elle s'appuie sur une amélioration de l'environnement informatique dans les boxes (matériel informatique, logiciel métier, etc.), mais aussi de l'utilisation en temps réel de ces éléments, notamment pour la saisie des données relatives aux actes.

Etape 3 - Quantifier la situation

Des enquêtes ponctuelles peuvent être mise en œuvre afin d'identifier la qualité des saisies des données. Ainsi, au Centre Hospitalier de Castres Mazamet, environ 20 % des dossiers des patients externes étaient en « statut provisoire », c'est-à-dire incomplets. Ces dossiers étaient donc cotés à minima par la secrétaire médicale. Un premier chiffrage réalisé avait conduit à l'identification d'un manque à gagner d'environ 10 % pour les patients externes.

Etape 4 - Mettre en place des actions correctives pour récupérer ce potentiel

Cette étape vise à analyser et comprendre les différences de codage entre tous les acteurs et définir des règles de fonctionnement.



L'hospitalisation dans les étages

Réaliser un état des lits périodique

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Manque de connaissance des lits disponibles pour les urgences dans l'établissement impliquant un encombrement au niveau du service des urgences et un transfert tardif vers les unités d'hospitalisation
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Avoir une connaissance périodique de l'état des lits par typologie (service, sexe, etc.)
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Définir les fréquences et modalités de communication des disponibilités en lits Définir le format de réalisation de l'état des lits Présenter le dispositif à l'ensemble des acteurs concernés Mettre en place le dispositif Améliorer les modalités de fonctionnement
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Implication de la DSSI et des cadres
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Transparence de la déclaration
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Laon Centre hospitalier de Rodez Centre hospitalier de Royan CHI Les hôpitaux du Léman CHI Villeneuve Saint Georges CHR d'Orléans CHU de Caen
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Réservation de lit pour les patients des urgences Procédure de déclaration de disponibilité des lits Principes de recensements des lits Disponibilités des places dans les services Organisation des tours de lits Démarche de déclaration de disponibilité des lits Définition de poste de l'infirmière cadre coordonnatrice de recherche des lits d'aval et en réseau
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un régulateur de flux Assurer la prise en charge sécurisée des patients couloirs Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation Mettre en place des procédures de surbooking Contractualiser entre les urgences et les services d'aval

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Direction
- CME
- Responsables de pôles
- Chef de service des urgences
- Chefs de services d'hospitalisation
- Cadres de santé

La démarche

La démarche est décomposée en cinq grandes étapes :

- Définir les fréquences et modalités de communication des disponibilités en lits
- Définir le format de réalisation de l'état des lits
- Présenter le dispositif à l'ensemble des acteurs concernés
- Mettre en place le dispositif
- Améliorer les modalités de fonctionnement

Etape 1 - Définir les fréquences et modalités de communication des disponibilités en lits

Les fréquences sont définies en fonction des moments clés de la vie du service des urgences et de l'établissement : transmissions, fin des entrées dans les services d'hospitalisation, période de nettoyage des chambres, etc.

Les jalons généralement retenus sont :

- Début de journée : 7 h – 8 h
- Milieu de journée : 12 h – 14 h
- Soir : 18 h – 20 h

Les modalités de réalisation peuvent varier selon les établissements :

- Réalisation par le cadre des urgences auprès de chaque service d'aval
- Réalisation auprès des cadres de pôle
- Niveau d'information de la direction

Etape 2 - Définir le format de réalisation de l'état des lits

Le format est analysé suivant deux aspects :

- Les données à récupérer :
 - Intra ou extra hospitalier
 - Pôle ou service
 - Sexe
 - Conditions particulières (fluides par exemple)
- Le support de collecte
Il peut être manuel (échange téléphonique, fax, etc.) ou établi automatiquement à partir de données informatiques. Dans ce dernier cas, il faut s'assurer périodiquement de la qualité et de la fréquence de mise à jour des données collectées.

Etape 3 - Présenter le dispositif à l'ensemble des acteurs concernés

Cette étape importante vise à présenter le dispositif à l'ensemble des personnels concernés. Elle est principalement ciblée vers les services d'aval pour leur détailler les objectifs et enjeux d'une telle démarche dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des patients et de fluidification de leurs parcours au sein de l'établissement.



Quelques résultats

Centre Hospitalier de Laon

- Quelques unités de soins parviennent à libérer et réserver un lit pour les urgences dès 11 h
- Le délai de sortie pour les hospitalisations a diminué de 1 h 16 à 0 h 45



Documents

Réservation de lit pour les patients des urgences – Centre Hospitalier de Laon



Centre Hospitalier de LAON
DIRECTION GENERALE

Note de service n°2008/29

Objet : Réservation d'1 lit par unité pour les patients sortant du service des urgences

Faisant suite à la note du 28 décembre 2007 et en application des décisions du Conseil Exécutif du 4 février 2008, je vous rappelle la **nécessité de réserver des lits programmés pour l'hospitalisation des patients venant des urgences**. Cette réservation journalière, dès le matin, se fait sur la base de la moitié des lits demandés statistiquement par le service des urgences dans chaque unité.

Je vous demande donc de programmer pour le service des urgences **au moins un lit** dans les services suivants :

- Cardiologie (1^{er} Est)
- Court-séjour gériatrique (1^{er} Ouest)
- Médecine interne (2^e Est)
- Médecine interne (2^e Ouest)
- Gastro-entérologie (3^e étage)
- Chirurgie Urologique (3^e Ouest)
- Chirurgie viscérale et digestive (3^e Est)
- Orthopédie (4^e Est)

Je vous rappelle également que les patients sortant de lits portes, de réanimation et d'USIC sont prioritaires.

Fait à Laon, le 4 juillet 2008



Le Directeur par intérim,

J-L. JALLU

Destinataires :

- . Administrateurs de garde
- . Ensemble des Chefs de Service et Trinômes de Pôles
- . Direction des Services de Soins
- . Ensemble des Cadres de Santé



Procédure de déclaration de disponibilité des lits – CHI Les hôpitaux du Léman

PROCEDURE DE DECLARATION DE DISPONIBILITE DES LITS		
Référence : ETA-ADM-PO-24-V1-08 septembre 2008		Page : 1 / 1
Date d'application : Immédiate	Classement :	
Rédaction: S. Bally: F.F.Cadre Sup. Médecine J.L. Trarieux : Cadre Sup. Chirurgie	Validation: J. Lesimple : Directeur Général Ph. Lorin : Coordonnateur Général des Soins	
Documents de référence : Néant		
Destinataires pour application : Cadres des Unités Fonctionnelles.	Destinataires pour information : Equipe de Direction Président de la C.M.E Médecins concernés	
N° Version	Date	Nature modifications
1	08 septembre 2008	Création du document

EN SEMAINE :

Deux états des lits en médecine et en chirurgie sont faits dans la journée :

- **Entre 12 h et 12 h 30 :**
L'état des lits est fait par le cadre des urgences. Celui ci appelle le cadre de l'unité ou sa remplaçante qui signale les éventuelles dispositions particulières (Départs tardifs, réfection de chambre...)
- **Après 15 h :**
Avant leur départ de l'unité, les cadres font un état des lits et l'envoient par mail au secrétariat de direction. Parfois, selon l'horaire de fin de réunion ou de l'activité du service, cet état pourra être diffusé après 17 h 30.
En cas d'absence d'un des cadres d'unité, le cadre « binôme » au sein du pôle assure la transmission des informations.
- **Entre 18 h et 20 h :**
Le cadre des urgences appelle l'administrateur de garde et lui communique l'état des lits selon les états transmis par les cadres des U.F. rectifiés en fonction des hospitalisations éventuelles en provenance des urgences.
Quand la situation se profile préoccupante au fil de l'après midi, les cadres des urgences préviennent les cadres supérieurs de médecine et de chirurgie afin d'anticiper un éventuel surbooking.

LE SAMEDI :

Un état des lits est fait par le cadre de garde dans les mêmes horaires. Il a toute prérogative pour vérifier l'exactitude des déclarations.

LES DIMANCHE ET JOURS FERIES :

En cas de situation préoccupante, le médecin des urgences appelle l'administrateur de garde qui, selon la situation, pourra solliciter le cadre d'astreinte.



Principes de recensements des lits – Centre hospitalier de Rodez

RECENSEMENTS DES LITS

ORGANISATION

Horaire	Pôle	Poste semaine Cadre	Poste W. E. férié IDE
Entre 13h & 14h	Pôle 4 Sud	24 25	24 17
			24 27
			24 37
	Pôle 4 Nord	24 45	24 57
			24 77
	Pôle 3 Sud	23 15	23 17
			23 27
			23 37
	Pôle 3 Nord	23 65	23 67
			23 77
	Pôle 2 Sud	22 15	22 17
			22 67
	Pôle 2 Nord	22 55	22 47
			22 57
Pôle 1 Sud	21 15	21 17	
		21 27	
Pôle 1 Nord	21 55	21 67	
		21 77	
	USCV	21 55	21 57
	USIC	25 56	25 56
	REA	25 46	25 46
	UHCD	25 75	25 86
	PME	20 35	20 36
Entre 17h & 18h	Saisie directe		
Entre 18h & 08h	Saisie directe		
Samedi, dimanche, férié	Saisie directe		

Appel téléphonique du Cadre référent SAU à un cadre par hémipôle

SUPPORT :

- tableau Excel sur dossier partagé R
- internet site ORUMIP

Le cadre de permanence jusqu'à 18h met à jour le tableau

Les médecins des urgences réajustent ce tableau

L'équipe paramédicale des urgences téléphone de 14h à 15h dans les salles de soins pour renseigner le tableau

Le pôle a des places disponibles, le patient est admis dans le pôle correspondant à sa pathologie.

Admission d'un patient

Alerte

A 5 lits disponibles sur l'hôpital, durant la présence du cadre des urgences, les médecins des urgences interpellent ce dernier afin d'analyser la situation, de proposer des actions concertées.

Le pôle n'a pas de places disponibles, l'orientation du patient sur un autre pôle relève de la compétence du médecin des urgences.





Organisation des tours de lits – CHR d'Orléans

		CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS											
		SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES											
Hôpital de La Source													
Etag	Service	nb de litr	Téléphone	relevé fait à 14 heure				relevé fait à 17 heure					
				Lit	Lit	ch.	ch.	Lit	Lit	ch.	ch.		
rdc	H.T.C.D.	15	[redacted]	6									
	U.H.C.D.	14											
	Neurochirurgie :												
	- soins intensifs	4											
	- réanimation	4											
	- chirurgie	17											
1er	Radiothérapie/hospit.aile Es	15	7										
	Méd.B hospi.Oncologie mé	23											
2èm	Neurologie	28											
	Gériatrie												
	Endocrino aile centre	16											
	Néphrologie	5											
3èm	Cardiologie aile Est	33	8										
	Cardio.hospit. de semaine	9											
	Cardiologie soins intensifs	11											
	Chirurgie vasculaire	15											
4èm	médecine F - MIR	33	7										
	médecine C. Infectieuses	27											
	ORL/OPHTALMO	16											
5èm	Maxillo-faciale aile Centre	7	1										
	Traumatolo/orthopédie aile C	6											
	Ophthalmo	4											
	Chir.Ortho.traumato.aile No	25											
	Chir.Ortho.traumato.aile Est	19											
	Maxillo-faciale Stomato.aile	8											
6èm	médecine H												
	HGE.Hémorragies digestive	6											
	HGE.hospitalisation	32											
	Pneumo	28											
7èm	Chir.Viscér.Endoc.Digest.aill	29	3										
	Chir.Viscér.Endoc.Digest.Ce	18											
	Urologie-Andrologie Hospit	18											
	Hospitalisation Semaine	12											
Hôpital Porte Madeleine													
Médecine interne 1 : Dr Arsac													
Dr Ricou													
Médecine interne 3 : Dr Arsac													
Dr Duchêne													
	Rhumatologie	20											
	Dermatologie	12											
	Méd. aigue gériatrique	34											



Démarche de déclaration de disponibilité des lits – CHI Villeneuve Saint Georges

Tour des établissements d'aval le matin à 7 h

- La surveillante du porte appelle les établissements voisins, évaluation du nombre de lits disponibles prévus

Organisation du tour de listing de lits internes

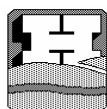
- La surveillante du porte appelle les surveillantes des services à 14 h (30 minutes)
- Met à jour les disponibilités par service
- Placement des patients Porte
- Affiché aux urgences à 15 h
- Envoyé par mail aux surveillants, direction, DSSI, responsable des urgences
- Le surveillant de garde fait le tour aux étages et identifie les lits disponibles à 21 h et met à jour un tableau papier affiché aux urgences
- Dispatching des patients Urgences selon possibilité

Liste des établissements voisins d'aval

	Structure/Service	Qualif	TEL	TEL abr	Fax
Athis Mons	Jules Valles	Med -SSR	01 69 54 45 45	6362	
Brunoy	Les Vallées	UGA-SSR		6124	
Draveil Dupuytren	G1	SSR	01 69 83 63 42		01 69 83 63 57
	G4	UGA-SSR	01 69 83 64 82		01 69 83 64 97
	G6	SSR	01 69 83 63 42		01 69 83 63 57
L'Hay les Roses	Les Tournelles	Med -SSR	01 41 24 38 00	6383	
Limeil Brevanne	Cruvelhier	UGA-SSR	01 45 95 80 80		01 45 95 84 53
	Calmette 1	UGA	01 45 95 84 59		01 45 95 81 42
	Calmette 2	SSR	01 45 95 83 63		01 45 95 83 66
Quincy	Claude Galien	Medecine		6566	
Ris Orangis	Clinique Pasteur	Med -SSR	01 69 25 69 00	6166	
Thiais	HP	Medecine	01 45 60 28 28	6380	
VSG	6em B			2168/2169	
	7em A			2161	
	7em B			2177	
	8em B			2186/2517	
	Clinique Boyer	SSR		6108	
Yerres	HP	Medecine	01 69 49 73 50	6105	



Support du listing de lits internes



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL de VILLENEUVE ST GEORGES

MFD/LG

RECENSEMENT DES LITS

17/07/2008

H: Homme F: Femme M: Mixte T: Total

CHIRURGIE

	Lits Ouverts	Lits vacants				Sorties
		H	F	M	T	
2ème B	32	1	3	0	4	
3ème A	34	1	3	2	6	
3ème B	17	0	0	0	0	
4ème A	34	3	1	0	4	
TOTAL	117				14	0
					Lits vacants	
						14

MEDECINE

	Lits Ouverts	Lits vacants				Sorties
		H	F	M	T	
ZSCD	10	0	0	6	6	
ZSCD PSY	2	0	0	2	2	
6ème B	18/16	0	0	7	7	
7ème A	24	0	0	0	0	
7ème B	28	0	0	0	0	
8ème B	28	0	0	0	0	
TOTAL	98				15	0
					Lits vacants	
						15

HOSPITALISATION DE COURTE DUREE (SERVICE DES URGENCES)

	Lits Ouverts	Lits vacants				Sorties
		H	F	M	T	
ZSCD	10	0	0	6	6	
ZSCD PSY	2	0	0	2	2	
TOTAL	12				8	0
					Lits vacants	
						8

SOINS INTENSIFS

	Lits Ouverts	Lits vacants	Sorties
2ème A Réa	8	1	
2ème A SC	5	1	
USIC	10	6	
TOTAL	23	8	0
			Lits vacants
			8

2ème B : Spécialités chirurgicales (ORL, CMF, OPH)

3ème A : Chirurgie orthopédique et traumatologique

3ème B : Clinique court séjour + UCA

4ème A : Chirurgie générale

6ème B : Cardiologie

7ème A : Maladies Infectieuses

7ème B : Médecine générale

8ème B : H.G.E



Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Apparition d'une situation de crise temporaire au sein de l'établissement impliquant de mettre en place des mécanismes de fluidification lourde des post urgences
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une organisation permettant de faire face à une situation de tension. Cette dernière se définit comme une densification progressive de l'activité, débordant l'organisation en place et la capacité de réponse, sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines, correspondant à des pics d'activité saisonniers, le plus souvent prévisibles
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Définir les modalités de la veille (qui fait quoi) Déterminer les critères quantitatifs et qualitatifs de tension Fixer les modalités à mettre en place en cas de tension <ul style="list-style-type: none"> Augmentation graduée de la capacité en lits (niveau du plan) Analyse des besoins afférents Accélération des sorties patients Suivi des indicateurs de gestion des lits par spécificité programmée et non programmée, fermeture...
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Rester dans un cadre exceptionnel
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la traçabilité des données entre les services
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Moulins Yzeure Centre Hospitalier de Chalon sur Saône Centre Hospitalier de Laon
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Procédure de pré alerte Procédure « Hôpital en tension »
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un régulateur de flux Assurer la prise en charge sécurisée des patients couloirs Réaliser un état des lits périodique Mettre en place des procédures de surbooking Contractualiser entre les urgences et les services d'aval

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Documents

Procédure de pré alerte – Centre Hospitalier de Moulins Yzeure

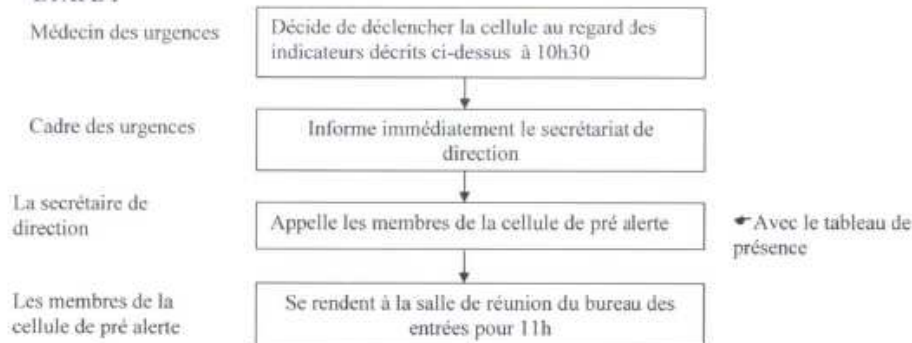
La cellule de pré alerte est déclenchée à partir des indicateurs suivants constatés au SAU :

- Lorsque plus de 6 patients ont dormi aux urgences et sont en attente d'un lit d'hospitalisation de médecine
- Et/ Ou Au-delà de 30 entrées cumulées sur la médecine sur 3 jours consécutifs *par jour sur 3j en médecine*
- Et /Ou Nombre de lits vides en médecine à 16 h < à 5 J-1

Critères subjectifs à évaluer: disponibilité des services : saturation des services, climats, périodes...

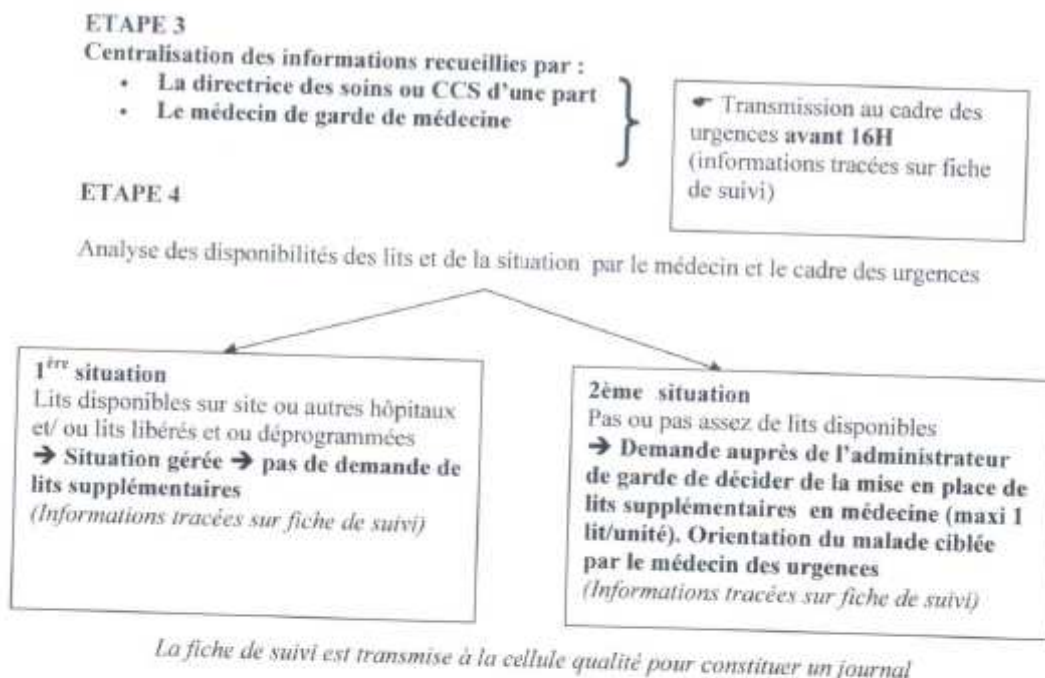
Du lundi au vendredi de 8 h à 18h

ETAPE 1



Actions prioritaires à conduire définies par la cellule de pré alerte de 11h à 12h

Quoi	Quand	Qui	Comment
coordonne, valide décisions + suivi nuits + fériés selon actions définies		Administrateur de garde	
Faire le point des lits disponibles, des sorties prévues, des entrées programmées, des patients en attente de placement et des patients en attente d'examen	de suite	CSS ou directeur des soins	à l'aide du tableau de disponibilités des lits et constat
Faire le point des disponibilités de lits des hôpitaux périphériques	de suite	Médecins des urgences	contact téléphonique
Etat des lieux, évalue solutions, tri et dispatche patients Résultats rendus par chacun, selon organisation discutée le matin	avant 16h	Equipe urgences	
Alerter les médecins des unités de médecine de la situation de saturation et les solliciter: sur <ul style="list-style-type: none"> • les possibilités de sorties anticipées • En cas de programmation de patients les déprogrammations possibles 	Avant 12h	Médecin de garde des unités de médecine	appel téléphonique ou autre contact
Tenir la fiche de suivi de la cellule de pré alerte	à chaque cellule	Administrateur de garde remise à 12 h au CS de santé des urgences	Fiche de déclenchement



ETAPE 5

Gestion des lits supplémentaires dans les unités de médecine :

Unités concernées : UHCD, Pasteur RC et 2, Curie 1 et 2 ; Boudet 1 et 2. Les lits sont en place à Calmette 4.

La mise en place des lits supplémentaires se fait sur accord de l'administrateur de garde.

Les lits sont positionnés à Calmette 4. Une clef disponible au service de brancardage, une au local de l'équipe hôtelière (Boudet 2) et une pour les agents de sécurité.

Mise à disposition des lits supplémentaires dans les unités de médecine :

- De 6 h 45 à 18 h, les lits sont descendus dans les unités citées ci-dessus **au fur à mesure des besoins** par les agents du brancardage.
- **Après 18 heures**, ils seront descendus dans ces mêmes unités par l'équipe de sécurité également **en fonction des besoins**.

Remontée des lits à Calmette 4

- La remontée des lits est assurée entre 10 h et 18 h par les agents de l'équipe hôtelière en collaboration avec les coursières, une fois le lit fait (traité comme un départ). Pour le lit supplémentaire de l'UHCD ce sont les ASH de cette unité qui assureront la remontée du lit une fois refait

ATTENTION :

Utilisation des lits de chirurgie (sauf cas particuliers exceptionnels à discuter avec administrateur de garde)



Procédure « Hôpital en tension » – Centre Hospitalier de Chalon sur Saône

PROJET - V3

Document de travail

HOPITAL EN TENSION

SOMMAIRE

I – Introduction	Page 3
II – La cellule de veille quotidienne.....	Page 4
- Composition - Moyens - Missions	
III – La cellule « Lits + ».....	Page 5
- Composition – Moyens - Missions	
IV – Les critères de tension	Page 6
V – Plan « Lits + »	Page 7
VI – La gestion des lits + dans l'unité de soins	Page 11
VII – Liste des annexes	Page 12
1 - Circulaire du 23 novembre 2007 : synthèse.....	Page 13
2 - Circulaire du 16 avril 2003 : Extrait.....	Page 14
3 - La fiche de suivi du plan.....	Page 15
4 - Plans des services.....	Page 16



I - Introduction

Le contexte national :

Tout l'hôpital aujourd'hui est amené à connaître des situations de crise et/ou de tension.

En conséquence, il doit se préparer pour faire face à ces situations qui viennent perturber le fonctionnement habituel.

La notion d'hôpital en tension est différente de la notion de crise.

La crise répond à la définition d'un afflux massif de patients sur une période courte.

Exemple : Accident de car...
Intoxication d'un groupe.

La réponse de l'hôpital est apportée par la mise en place du Plan Blanc.

La tension se définit comme une densification progressive de l'activité, débordant l'organisation en place et la capacité de réponse, sur plusieurs jours, voire plusieurs semaines, correspondant à des pics d'activité saisonniers, le plus souvent prévisibles

Exemples : Pathologie hivernale
Gastro entérites
Canicule

Accepter la notion de tension, c'est :

- Éviter de déclencher un dispositif lourd tel que celui du Plan Blanc.
- Permettre à l'ensemble des acteurs de l'hôpital de se préparer pour faire face à l'augmentation d'activité
- Assurer la sécurité de prise en charge des patients sans désorganiser le fonctionnement habituel
- Permettre la poursuite des activités programmées, autant que faire se peut.

Concrètement c'est s'organiser pour :

- Définir le seuil d'activité au dessus duquel l'hôpital doit s'adapter pour faire face à l'afflux de patients
- Définir les critères de tension au Centre Hospitalier William Morey.
- Apporter une réponse graduée selon le niveau de tension.
- Anticiper les périodes critiques telles que les gripes saisonnières, la canicule...
- Développer la culture de gestion anticipée du risque par des exercices pratiques permettant de repérer les points forts et faibles ainsi que mobiliser le personnel.

Cela se traduit par la mise en place de :

- une cellule restreinte de veille quotidienne
- une cellule « lits + »
- un plan « lits + »

II – La cellule de veille quotidienne

* Composition :

- Le directeur d'établissement ou son représentant : le directeur des soins.
- Le médecin responsable des urgences ou son représentant
- Le cadre des urgences

* Missions :

- Suivre des indicateurs et des tableaux de bord prédéfinis.
- Alerter le directeur d'une situation de tension
Si tension avérée :



- Première étape : lettre d'alerte, signée par le directeur et le président de CME, adressée par fax à chaque chef de service et cadre de santé d'unité, à tous les médecins responsables de pôle et à tous cadres de pôle.
- Deuxième étape : si nécessaire, déclenchement de la cellule « Lits + » par le directeur.

× Moyens :

- Indicateurs de critères de tension
- Tableaux de bord (mesure des écarts d'activité au SAU)
- Analyse de l'environnement :
 - Flux prévisible de patient
 - Situation des autres établissements en région
 - Informations ARH

III – La cellule « Lits + »

× Composition :

- La cellule de veille,
- Le Directeur et / ou le secrétaire général,
- Le président de CME et / ou le vice président,
- Le médecin responsable du pôle des urgences.
- Le cadre supérieur du pôle urgences,
- Le cadre du SAMU / SMUR,
- Le cadre assistante sociale ou son représentant,

× Missions :

- Confirmer ou non la tension
- Décider des actions graduées à mettre en œuvre :
 - Augmentation graduée de la capacité en lits (niveau du plan)
 - Analyse des besoins afférents
 - Accélération des sorties patients
 - Suivi des indicateurs de gestion des lits par spécificité programmée et non programmée, fermeture...
 - Communication interne : médecins, cadres, service social, bureau des admissions
 - Communication externe (ARH, DDASS, médecins généralistes, autres établissements, média, etc.)
- Suivre l'évolution du plan jusqu'à sa levée

× Moyens :

- Les réunions quotidiennes : à 15 h dans le bureau du directeur.
- L'analyse des indicateurs de tension réalisée par la cellule de veille
- La situation dans les services d'hospitalisation
- Le programme de fermeture des lits dans les périodes concernées
- Les données ARDAH
- Les informations nationales, régionales....

IV – Les critères de tension

Critères d'alerte :

- Nombre de patients dormant au SAU à hospitaliser en médecine ou chirurgie:
 - Au delà de 2 patients pendant 3 jours consécutifs, ou
 - Au delà de 5 patients à hospitaliser + de 24 heures
- Nombre de lits réellement disponibles à 14 heures (les lits réservés le restent) :
 - Si zéro lit et critère 1 positif : faire un tour de lits à 17 heures pour confirmer ou non la situation





Critères aggravants

- Situation analogue dans le département : pas de lits disponibles, des patients en surnombre aux urgences...
- Contexte épidémique (grippe, pathologie saisonnière, canicule...)
- Fermeture de lits en cours (congelés, travaux...)

V – PLAN LITS +

1 - Définition :

Le plan « lits + » est l'outil à activer lorsque l'établissement doit faire face à un nombre important de patients à hospitaliser à partir des Urgences alors que l'hôpital ne dispose plus d'aucun lit disponible.

2 - Son objet :

Le plan « lits + » détermine à l'avance :

- le nombre de lits supplémentaires à installer
- les services d'accueil
- la progression de montée en charge
- la prise en charge médicale

3 - Mise en alerte :

La cellule de veille quotidienne :

- Suit l'évolution de l'activité aux SAU et les lits disponibles dans l'établissement ;
- Analyse l'environnement en termes de flux prévisibles de patients et de situation dans les autres établissements du département.

Si tension avérée, la cellule de veille alerte le directeur de l'établissement ou son représentant qui décide (ou non) de la mise en place de la cellule « Lits + » et du déclenchement du plan lits +.

4 - Le déclenchement de la procédure Lits + :

Le directeur, en accord avec le président de CME, déclenche la cellule « lits+ » (à faire avant 15 h) si possible.

La cellule lits+ détermine le niveau du plan (1.2 ou 3).

Elle suit l'évolution du plan jusqu'à sa levée.

Dès la première alerte hivernale avérée, et sur décision de la cellule « Lits+ », le niveau 1 du plan « lit+ » déclenché peut être maintenu pour la période hivernale sans dépasser le 30 mars de l'année.

La période hivernale doit être considérée comme période à risque permanent.

5 - Information des services :

Pour qui ?

- Tous les médecins responsables de pôles, les chefs de services, les cadres de pôle et les cadres de santé qui doivent informer les équipes.
- Les membres de l'équipe de direction.

Comment ?

Par fax + courriel du déclenchement du plan et de son niveau

Par qui ?

Le secrétariat général.



6 - Le nombre de lits par service :

Service	1 ^{ère} tranche		2 ^{ème} tranche		3 ^{ème} tranche		Appel Malade +02
	Nb de lits	N° Chambre	Nb de lits	N° Chambre	Nb de lits	N° Chambre	
Pneumologie	2	110 – 111	0		0		Oui
Cardiologie	0	.	1	Sect. Médico. Tech	0		Oui
Neurologie	1	208	0		1	207	Oui
Mal. Digestives	1	123	0		1		Oui raccord
Hématologie	1	001	0		1		Oui raccord
Diabétologie	1	101	0		1		Oui raccord
Médecine Interne	1	202	0		1	217	Oui raccord
Néphrologie	0		1	202	0		Oui
Chirurgie A	0		1	318	0		Oui raccord
Chirurgie B	0		1	319	0		Oui raccord
Chirurgie C	0		1	108	1		équipée
Chirurgie D	0		1	210*	1		équipée
UMU (Couloir)	1						02 bouteille
Sous total	8		6		7		
Total	8		14		21		
SAU (Box couloir)					Selon besoins		

7 - Localisation des lits :

Compte tenu de l'informatisation des services, il est demandé à chaque service de prévoir le nombre de « Lits + » en accord avec la gestion C-PAGE des lits en lien avec la validation des chambres (Cf. tableau ci-dessus).

8 - Les effectifs :

- 1^{ère} tranche et 2^{ème} tranche.
 - Le déclenchement d'1 lit + dans une unité ne nécessite pas de personnel supplémentaire pour le service. Le déclenchement du plan lits + peut nécessiter un renfort ponctuel des brancardiers du SAU pour acheminer les patients du SAU vers les services.
- 3^{ème} tranche :
 - En fonction de la durée du plan Lits +, une analyse est réalisée par le directeur des soins et l'encadrement.

9 - La prise en charge médicale (proposition du bureau de CME du 10 juin 08)

La transmission des informations doit impérativement être faite oralement par le médecin urgentiste (médecin coordinateur de flux) au médecin responsable qui devra prendre en charge le patient dans l'unité d'hébergement (gériatre, médecin de spécialité).

Cette information doit aussi être consignée dans le dossier du patient et transmise par fax au secrétariat du service.

10 - Le matériel :

Type de Matériel :

- 1 lit, 1 matelas, 1 adaptable, le linge pour la literie.
- Téléphone : La communication du patient avec son entourage et l'extérieur est assurée par le service en fonction des moyens à disposition dans l'unité (sur le site actuel)



- Prise Oxygène dans les chambres. Raccord double pour Médecine 1.2.3.
- Appels malades partagés entre 2 lits pour médecine 1.2.3.

Lieu de stockage du matériel :

Les matériels et équipements sont stockés et centralisés dans les lieux suivants :

- Lits, matelas et adaptables : sous-sol du bâtiment de médecine à proximité du magasin
- Equipements électriques et fluides médicaux : sur les lits
- Draps et couvertures : lingerie
- Le service Biomédical dispose de 4 pousse seringues supplémentaires. Si cela s'avère être insuffisant, des prêts interservices seront organisés.

Acheminement du matériel par :

- Les personnels des services techniques qui procèdent à son installation (positionnement des lits dans les chambres, installation des équipements et des fluides médicaux).
- La DAEL met à disposition des services : draps, couvertures et repas nécessaires.

11 – Gestion dans les services :

- Maintien de l'activité programmée ou annulation selon décision de la cellule « Lits + »
 - Organisation de l'activité du bloc opératoire : deux salles réservées aux urgences de bloc.
 - Pour le personnel : vigilance accrue sur les plannings en termes de récupérations, RTT... (Annulation possible par le cadre)

12 - Communication :

La communication est organisée et assurée par le directeur

La cellule « Lits + » se réunit tous les jours à 15 heures dans le bureau du directeur pour permettre la communication interne et externe à partir du bilan :

- De la nuit et de la matinée : activité SAU, évolution attendue
- Du nombre de lits disponibles
- De l'évolution de l'environnement
- Du nombre d'affaires traitées par le SMUR
- Du nombre de passages au SAU depuis minuit
- Du profil des patients : pathologie – âge...

13 - La levée du plan :

Le président de CME et le directeur, sur avis de la cellule « Lits + », décident de la levée quand la situation revient à la normale.

Le plan peut être levé par paliers.

La cellule communique par fax et mails, auprès de tous les responsables médicaux de pôle, les chefs de service, les cadres de pôle et les cadres de santé ainsi qu'auprès des membres de l'équipe de direction.

Elle prévoit un débriefing avec les chefs de services et l'encadrement des services concernés dans un délai d'une semaine.

VI - LA GESTION DES LITS + DANS L'UNITE DE SOINS : Recommandations

- Le cadre informe l'équipe du déclenchement du plan « Lits + »
- L'accueil du patient dans un lit + : Informations particulières spécifiques quant aux conditions d'accueil dans le cadre du plan lits +, assurées par l'IDE qui accueille le patient relayé par le cadre et le médecin.



- Lettre type signée du directeur, du président de CME et du directeur des soins signalant les conditions d'accueil en lien avec l'afflux de patients et s'excusant de l'inconfort.
- Lettre d'excuses aux patients pour les annulations de programmation.
- S'assurer des possibilités de communication du patient avec son entourage chaque fois que de besoin.
- Organiser dès que possible l'installation du patient lit + dans un lit d'hospitalisation.
- L'entrée administrative du patient est assurée en lien avec C page et le bureau des entrées.
- Plan de communication aux médias par le directeur d'établissement (comportant le nombre de lits et le nombre de patients...)

VII – LISTES DES ANNEXES

Annexe 1 - Circulaire du 23 novembre 2007 promulgue la mise en place de :

1. Commission des admissions non programmées pour formaliser les relations entre le service des urgences et les autres services.
2. Le développement du réseau des Urgences comme élément clé de l'organisation territoriale des urgences (Fiche de dysfonctionnement suivie par l'ARH)
3. Centre 15 / SAMU :
Rôle essentiel pour garantir la prise en charge adaptée des patients, optimiser les ressources.
4. La cellule de veille est le dispositif qui permet d'analyser chaque jour la situation de l'établissement dans le territoire de santé et d'alerter la direction sur les tensions.
5. La fermeture de lits en fonction des fluctuations saisonnières doit faire l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée.
6. Plan d'évacuation d'un établissement :
Chaque établissement de santé est tenu de disposer d'un plan blanc d'accueil ou d'évacuation opérationnel.
7. Le plan « grand froid » intègre le risque de coupure EDF pour l'établissement.
8. La continuité des soins en médecine ambulatoire relève de la mission du préfet
9. Le préfet / hébergement social :
Prise en charge des personnes vulnérables. SAMU Social
10. CIRE + ARH : Remontée d'information et transmission sur l'évolution de la situation (Nombre de décès...)
11. Vaccination des professionnels de santé :
Les mesures et barrières d'hygiène standard.
12. Cellule de veille
 - Critère quotidien :
 - Passages au SAU
 - Admissions dans les services
 - Lits disponibles
 - Le nombre d'affaires SAMU
 - Bilan d'activité :
 - Analyse des seuils
 - Déprogrammation
 - Transfert
 - Rappel des personnels
13. ARH





ANNEXE 2 – Circulaire du 16 avril 2003 :

ROLE DE LA COMMISSION DES ADMISSIONS NON PROGRAMMEES

Circulaire N° 195 /DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, Annexe III :

Organisation de la prise en charge des soins non programmés et des urgences dans l'établissement d'accueil (extrait)

- partenariat entre les services des urgences et services de soins...
- impliquer les spécialistes dans le diagnostic établi aux urgences...
- impliquer les spécialistes dans la gestion de la prise en charge du patient en aval du service des urgences...
- créer une commission des admissions non programmée et des consultations non programmées

Cette commission a pour missions :

- de prévoir la contribution de chaque service
- de garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences
- de proposer aux instances une organisation cohérente de prise en charge aux urgences....

ANNEXE 3 - FICHE DE SUIVI BI QUOTIDIEN

Fiche de suivi bi quotidien matin et soir pour la cellule Lits + - Occupation des lits supplémentaires

Provenance : Direction des Soins

Date : _____ Heure : _____

SERVICES	Nombre de lits supplémentaires installés	Nombre de lits supplémentaires occupés
Pneumologie		
Cardiologie		
Neurologie		
Maladies Digestives et de la Peau		
Hématologie- Oncologie		
Diabétologie-Endocrinologie		
Médecine Infectieuse – Rhumatologie		
Néphrologie		
Chirurgie Viscérale A - 3 ^{ème} étage		
Chirurgie Viscérale B - 3 ^{ème} étage		
Chirurgie Ortho/Traumato C - 1 ^{er} étage		
Chirurgie Ortho/Traumato D - 2 ^{ème} étage		
UMU (Couloir)		
SAU (Box/Couloir)		
TOTAL		

Le cadre du SAU.

ANNEXE 4 - Plans des services.



Procédure « Hôpital sous tension » – Centre Hospitalier de Laon

PLAN HÔPITAL SOUS TENSION

1. Critères de déclenchement

Le directeur ou l'administrateur de garde est alerté par le SAU à 16 h 00 dès que :

- Aucune place disponible dans le CH
- UHCD saturée
- 2 autres patients pouvant rester sur les 2 lits dans le SAU dans le couloir
- Pas de patient supplémentaire dans les unités en dessous de 6 patients UHCD au SAU
- 5 autres patients en attente d'hospitalisation.
- Transfert impossible par manque de places dans les CH périphériques.

2. Mise en place

Dès accord du directeur ou de l'administrateur de garde, Le cadre du SAU ou sa remplaçante:

- appelle les services UAMC et d'hémodialyse pour demander le nombre de fauteuils disponibles en fonction du programme du lendemain matin.
- note le numéro des chambres d'UAMC dans lesquelles on pourra prendre les fauteuils.
- appelle le directeur ou l'administrateur de garde pour signaler et faire acheminer les fauteuils d'hémodialyse au SAU si ceux d'UAMC ne suffisent pas.
- fait installer les patients sur les fauteuils et les oriente (pas plus d'un patient par unité), après avoir prévenu le cadre ou l'IDE de l'unité receveuse.
- note quel fauteuil a été pris (UAMC ou hémodialyse) et l'unité dans laquelle il a été installé sur le support prévu à cet effet dans le bureau IAO.

3. Critères d'exclusion des patients en plus dans les chambres des unités

- Patient en état d'ébriété ou présentant des troubles du comportement.
- Patient en fin de vie.
- Patient porteur d'une pathologie infectieuse à transmission aéroportée.
- Patient dont le risque vital est engagé (pas de patient en plus enUSIC et réanimation).
- Patient sous oxygène.
- Patient instable.

Chaque chef de service désignera, par secteur, une localisation possible pour un lit (ou fauteuil) supplémentaire.

La direction s'attachera, suite à cette désignation, à sécuriser ce lieu choisi (sonnette, fluides médicaux, ...).

Le médecin du SAU doit s'assurer de l'adéquation entre l'état clinique du patient et la montée dans le service.



Mettre en place des procédures de surbooking

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Situation de saturation du service des urgences par manque de transfert possible vers l'aval Saturation des services d'hospitalisation Difficulté passagère de saturation de l'établissement
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une procédure adaptée de désengorgement du service des urgences impliquant l'ensemble des services de l'établissement
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Définir les pathologies pouvant être accueillies dans les services d'aval Déterminer le volume de lits par services d'accueil Structurer la démarche de mise en place des procédures de surbooking
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Rester dans un cadre exceptionnel
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la traçabilité des données entre les services (listes des patients satellites, données des patients, etc.)
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Chalon sur Saône Centre Hospitalier de Laon CHI Les hôpitaux du Léman CHR d'Orléans
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Procédure d'orientation des patients en cas d'indisponibilité de lits Procédure de déclaration des patients satellites Amélioration de la procédure d'hospitalisation des patients de médecine en chirurgie Contrat d'hébergement hors discipline
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la prise en charge sécurisée des patients couloirs Réaliser un état des lits périodique Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation Contractualiser entre les urgences et les services d'aval

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Direction
- CME
- Responsables de pôles
- Chef de service des urgences
- Chefs de services d'hospitalisation
- Cadres de santé

La démarche

Avant de débiter ce travail, il est important de noter que les situations à gérer revêtent un caractère exceptionnel. Il ne faut donc pas commencer la réflexion en définissant un parcours idéal où chaque patient sera pris en charge dans le service adéquat, mais plutôt d'appréhender des compromis, qui tout en assurant une prise en charge sécurisée du patient, permettent de faire face à une situation anormale.

A ce titre, une des premières actions à conduire peut être de définir quelles pathologies peuvent être prises en charge de façon exceptionnelle dans quels services. Cette action apportera de la souplesse en cas de saturation de tel ou tel service d'hospitalisation. De même, le volume de lits par service d'accueil doit être défini. En termes de volumes, il convient d'intégrer l'ensemble des informations relatives à l'hospitalisation :

- Localisation précise
- Fluides disponibles
- Modalité de gestion des appels des malades
- Etc.

Le surbooking peut être mis en œuvre de différentes façons. Il peut aller d'une procédure standard où chaque service contribue à hauteur d'un lit à des mécanismes plus complexes en fonction de l'état de tension existant (niveau 1 d'alerte géré par tels services, niveau 2 avec de nouveaux services, etc.).

La troisième action à mettre en place correspond à la définition des procédures de gestion des patients et d'information des divers services impliqués que des patients relevant de leurs spécialités sont hospitalisés dans d'autres secteurs.



Documents

Procédure d'orientation des patients en cas d'indisponibilité de lits – Centre Hospitalier de Laon

1. L'orientation selon la pathologie

➤ Certaines orientations ont été actées :

- les patients présentant un traumatisme thoracique : en chirurgie **VISCERALE**
- les patients présentant un traumatisme abdominal : en chirurgie viscérale
- les patients présentant un traumatisme cranio cérébral : en médecine interne
en gériatrie si plus de 65 ans
- les patients présentant un pneumothorax spontané non drainé : en médecine interne
- les patients présentant un pneumothorax traumatique non drainé : en chirurgie viscérale
- les patients présentant un pneumothorax drainé en réanimation.
- les patients présentant des vertiges : en O.R.L.
- les patients présentant un problème de rhumatologie peuvent être orientés vers le service de chirurgie orthopédique faute de place en médecine : **OK**

➤ D'autres orientations restent à définir :

- L'orientation des enfants entre le SAU et les Urgences Pédiatriques : un projet a été élaboré par les Dr LEMAIRE-NANNI et MOUTHEMY. La validation reste à faire .
- L'hospitalisation des mineurs aux urgences adultes : concerne surtout les mineurs agités. Protocole à revoir avec la pédiatrie.

➤ L'UHCD est à même de recevoir tout patient ne relevant pas de la réanimation et de l'USIC en cas de manque de place, mais :

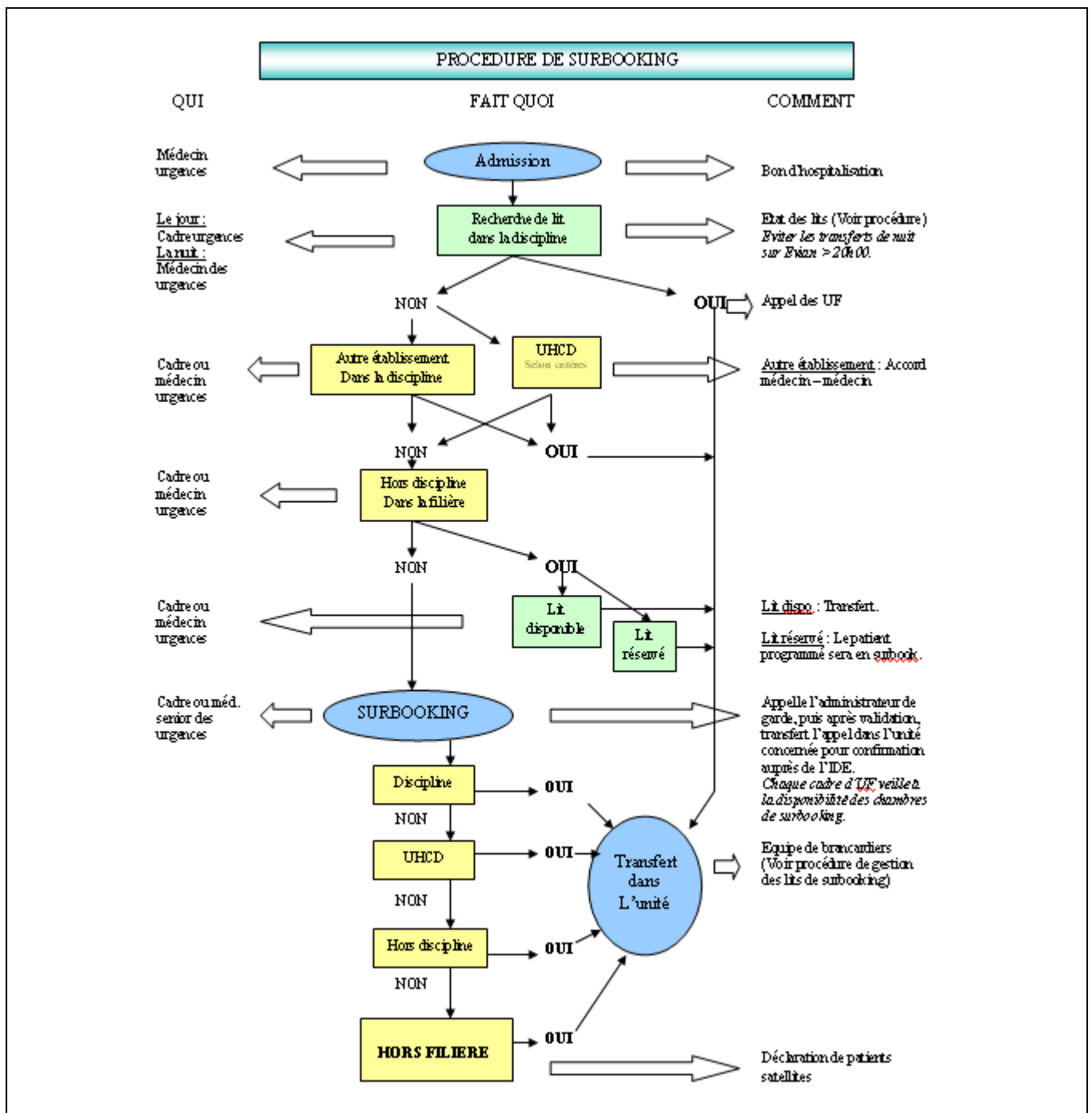


Procédure de déclaration des patients satellites – CHI Les hôpitaux du Léman

PROCEDURE DE DECLARATION DES PATIENTS « SATELLITES »

Référence : ETA-ADM-PO-22-V2-08 septembre 2008		Page : 1 / 1
Date d'application : immédiate	Classement :	
Rédaction: S. Bally : F.F.Cadre Sup. Médecine J.L. Trarieux : Cadre Sup. Chirurgie	validation J. Lesimple : Directeur Général Ph. Lorin : Coordonnateur Général des Soins	
Documents de référence : Néant		
Destinataires pour application : Cadres et personnel soignant des Urgences.	Destinataires pour information : Equipe de Direction Président de la C.M.E Médecins concernés Secrétariats	
N° Version	Date	Nature modifications
2	08 septembre 2008	Modification

1. L'hospitalisation de patients dans une filière autre que celle dont il relève l'identifie comme « **patient satellite** ».
2. Toute hospitalisation d'un patient « satellite » amène à **renseigner la fiche de déclaration**. (Cf. document ci après). L'IDE référent du patient aux urgences a à charge de :
 - Coller l'étiquette du patient.
 - Indiquer l'U.F. de rattachement, l'U.F. d'hébergement et l'heure de transfert.
 Ces éléments doivent apparaître obligatoirement.
3. Le lendemain à 8 h, la secrétaire des urgences adresse par fax la fiche de déclaration des patients satellites au secrétariat du médecin de garde référent. Celle-ci lui est transmise sans délai afin de permettre la prise en charge et le suivi médical des « patients satellites » hospitalisés sur sa garde.
En cas d'absence du médecin de garde, le secrétariat transmet le fax à un autre médecin de l'unité.
4. La fiche de déclaration d'origine est archivée dans un classeur prévu à cet effet. Ce classeur est situé dans le bureau du cadre des urgences, qui en a la référence.
5. Une analyse trimestrielle de l'orientation des patients est réalisée par l'encadrement en lien avec les données de surbooking.





FICHE DE DECLARATION D'UN PATIENT "SATELLITE"

DATE : **HDL - PÔLES CHIRURGIE ET MEDECINE**

ETIQUETTE PATIENT	DISCIPLINE	SERVICE D'ACCUEIL	HEURE TRANSFERT



Amélioration de la procédure d'hospitalisation des patients de médecine en chirurgie – Centre Hospitalier de Chalon sur Saône

MODALITES D'UTILISATION DU TABLEAU « ENTREES PATIENTS MEDICAUX EN SERVICES DE CHIRURGIE »

1. Objectifs :

- améliorer la **sécurité du patient** par une prise en charge médicale au plus près de l'hospitalisation
- permettre la **fiabilité de la transmission de l'information** concernant l'entrée d'un patient porteur d'une pathologie médicale dans un service de chirurgie, faute de lit disponible en médecine

2. le tableau :


- outil commun à tous les services
- uniformisation des pratiques dans tous les services
- validité du tableau : une semaine
- Affichage du tableau : salle de transmission ou de soins
- archivage du document (durée à préciser) en vue d'évaluation

3. Modalites d'utilisation :

- le service des Urgences informe l'IDE du service de chirurgie de l'entrée d'un patient « médical », et précise :
 - son service de médecine de rattachement
 - ou le médecin référent
- le service de chirurgie (IDE / Cadre) informe le service de médecine de rattachement du patient à prendre en charge
- L'IDE de médecine ayant reçue l'information renseigne le tableau (Nom-fonction), ainsi que l'IDE qui transmet l'information au médecin si celle-ci est différente du fait du changement de poste
- Le médecin renseigne le tableau une fois le patient vu



Contrat d'hébergement hors discipline – CHR d'Orléans

 CONTRAT D'HEBERGEMENT (HORS DISCIPLINE) Service d'Accueil des Urgences									
Étiquette patient	Nom du médecin : (SAU) : Date : Heure : h								
1 - Diagnostic (ou hypothèses) : Particularités signalées : Propositions d'affectation en :									
2 - Feuille de prescription faite : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non									
3 - Accord de prise en charge collégiale (entre hébergeant et « hébergeur ») avec délai de transfert dans le service « hébergeur » <ul style="list-style-type: none"> - La surveillance générale du patient est assurée par l'équipe paramédicale du service qui accueille le patient. - Les prescriptions et le suivi du traitement sont assurés par le ou les médecins de la spécialité dont dépend le patient, qui s'engagent à répondre à tout appel provenant du service hébergeur pour le patient concerné. - L'urgence vitale demeurera de la responsabilité du service hébergeur, selon les procédures en vigueur au CHR d'Orléans. 									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Accord donné par le médecin du service hébergeur</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Accord du médecin de la spécialité concernée</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Nom et Prénom</td> <td style="width: 25%;">Date / heure</td> <td style="width: 25%;">Nom et Prénom No Tel</td> <td style="width: 25%;">Date / heure</td> </tr> </table>		Accord donné par le médecin du service hébergeur		Accord du médecin de la spécialité concernée		Nom et Prénom	Date / heure	Nom et Prénom No Tel	Date / heure
Accord donné par le médecin du service hébergeur		Accord du médecin de la spécialité concernée							
Nom et Prénom	Date / heure	Nom et Prénom No Tel	Date / heure						
Réquisition si nécessaire (nom de l'Administrateur de garde) :									
Diffusion : 1ex SAU (Archivage et évaluation) 1ex Service hébergeur 1 ex médecin spécialité 1ex dossier patient									



CHU - LA SOURCE SERVICE ACCUEIL URGENCES Fiche Médicale d'Orientation	
M.A.O :	DATE D' ENTREE :
I.O.A :	HEURE D' ARRIVEE :
INFORMATIONS	MOTIF D'ADMISSION :
	ETIQUETTE PATIENT
	COURT <input type="checkbox"/> CLASSIQUE <input type="checkbox"/>
	U <input type="checkbox"/>
TRAITEMENT HABITUEL	ZONE DE SOINS
	BOX
ALLERGIE	IDE
	CONSTANTES
ANTECEDENTS	ZAO BOX
	TA FC SaO2 FR T° EVA HGT
MEDECIN TRAITANT	
PRESCRIPTION M.A.O	HEURE DE SORTIE :
	DOMICILE HOSPITALISATION EN TRANSFERT VERS



Contractualiser entre les urgences et les services d'aval

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> • La thématique répond à une problématique récurrente et quasi généralisée dans les services d'urgence publics ou parapublics : la difficulté d'organiser et de réaliser des hospitalisations de patients à la suite d'un passage aux urgences. • En effet, pour une majorité de services, la tension actuelle dans l'affectation des ressources et moyens hospitaliers s'est traduite par une « rationalisation » de l'utilisation des lits et une tendance vers le flux tendu dans la plupart des établissements : « Les durées d'hospitalisation sont courtes et les taux d'hospitalisations élevés laissant peu de marges de manœuvres au moment des affectations ». • D'autre part, la spécialisation importante de certains établissements limite la flexibilité lors des moments de saturation des lits : « les services de dermatologie et néphrologie se substituent difficilement aux services de gériatrie aiguë et pneumologie, saturés depuis 3 jours ». • Certains types de lits devenant une « ressource rare », tensions et difficultés ont cru de façon importante dans les services des urgences lors de la recherche de lits d'hospitalisation. • Ces difficultés se traduisent : <ul style="list-style-type: none"> ○ par un temps important dédié à la recherche de lits et à la « négociation » de l'hospitalisation. ○ par un délai important pour le patient, entre la décision d'hospitalisation et son arrivée dans un lit adéquat. ○ par un passage fréquent en ZSTCD et / ou UHCD avant hospitalisation en service adapté.
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • La contractualisation avec les services d'aval est un des moyens déployés par certains services des urgences et certains établissements afin de faciliter et fluidifier les trajectoires des patients hospitalisés à partir des urgences. • Il s'agit ainsi de réduire les délais d'attente au sein des urgences des patients nécessitant une hospitalisation.
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les deux cas il s'agit de négocier et arriver à un consensus formalisé et spécifique entre services (urgence et service d'aval) quant aux principes et modalités d'hospitalisations des patients
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration avec les chefs de service ou chefs de pôles. • Le niveau de communication du service des urgences sur les réorganisations et les efforts fournis pour améliorer l'organisation de son service. • Les discussions initiées à partir des difficultés ressenties par les urgentistes et par les cliniciens des services d'aval. • La contractualisation adaptée et différenciée selon les pôles et ou services. • La participation des instances concernées (commission des admissions non programmées ou équivalent, CME, Conseil Exécutif). • La participation et le soutien actif de la direction. • La mise en place des contrats de pôles • La mise en place de la procédure dite de « l'Hôpital en tension ».
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> • Le faible niveau de confiance entre les services d'aval (spécialisés le plus souvent) et le service des urgences. • L'absence de dialogue entre services. • L'inadéquation importante entre les besoins et l'offre de lits (niveau de spécialisation ne répondant pas aux besoins plus polyvalents des patients urgents). • Augmentation d'activité importante et saturation chronique et générale des services d'aval imposant un choix entre programmé ou non programmé. • L'absence de soutien par la direction • Le manque de suivi et de réévaluation des contrats internes
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> • CHI de Créteil • CHU de Besançon
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition de relations Urgences – Pneumologie • Ebauche de contractualisation avec les services d'hospitalisation
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la prise en charge sécurisée des patients couloirs • Réaliser un état des lits périodique • Mettre en place une procédure de pré alerte pour améliorer l'hospitalisation • Mettre en place des procédures de surbooking



	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue		
Délai de mise en place de la bonne pratique		X		
	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	

Démarche de mise en place de la bonne pratique

Quelques résultats

CHI de Créteil

Cette action a été limitée aux deux services avec le plus d'admissions issues des urgences. Des réunions inter services ont eu lieu pour formaliser les contraintes et les besoins réciproques.

Cette action a permis :

- Une collaboration médicale étroite avec les deux services
- Un désengorgement des patients aux portes en fin de matinée
- Les médecins sont plus à l'écoute des difficultés d'engorgement des lits portes et cherchent des solutions dans les cas critiques (anticipation des sorties, occupation temporaire de lits fermés...)

TEMPS DE PASSAGE ET DE PRISE EN CHARGE AOUT 2006 / AOUT 2007										
temps de passage total				temps de passage total par catégorie d'âge et de PEC						
catégorie	2006	2007	gain	CSA			CA		H	
				âge	2006	2007	gain	2006	2007	gain
CSA	02:56	02:09	27%	16-74 ans	02:54	02:11	25%	06:15	05:16	16%
CA	06:29	05:28	16%	> 75 ans	03:34	02:13	38%	07:44	06:27	17%
H	07:08	05:50	18%					08:23	06:34	22%

Gain de 1h 18

Gain de 1h40



Documents

Proposition de relations Urgences – Pneumologie – CHU de Besançon

PROPOSITIONS « RELATIONS URGENCES – PNEUMOLOGIE »

- I. MODE D'ADMISSION DES HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES
- II. LES HOSPITALISATIONS EN UNITE DE SOINS INTENSIFS DE PNEUMOLOGIE (USIP)
- III. LES AVIS SPECIALISES AUX URGENCES
- IV. LES CONSULTATIONS POST-URGENCES
- V. LES HEBERGEMENTS
- VI. LES TRANSFERTS DE PATIENTS EN URGENCE EN L'ABSENCE DE PLACE
- VII. LES LITS RESERVES
- VIII. ACCES COPERNIC

I. MODE D'ADMISSION DES HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES

- 1. Gestion des admissions non programmées des deux services de pneumologie (sauf USIP) par l'interne d'astreinte via un téléphone cellulaire (numéro unique spécifique)
- 2. L'admission des patients se fait sans déplacement de l'interne aux urgences
- 3. Les patients n'ayant pas les critères de réanimation et trop graves pour l'USIP peuvent être admis à l'UHCD 24 à 36 h, mais doivent être évalués et orientés par le réanimateur médical

II. LES HOSPITALISATIONS EN UNITE DE SOINS INTENSIFS DE PNEUMOLOGIE (USIP)

1. Définition des patients relevant de l'unité :

- I.R.A. sans signe de détresse vitale
- Ventilation mécanique non invasive ou invasive sur trachéo chez un patient stabilisé
- Sepsis stabilisé à point de départ thoracique
- Hémoptysie
- Sortie de réanimation

Admission possible malgré la présence de critères de non admission en USIP mais devant la présence de contre indications à la réanimation (âge, comorbidité, refus exprimé...) avec accord du senior de pneumologie qui se déplace en cas de désaccord

2. Critères de non admission

- Etat respiratoire trop grave
RESPIRATOIRES FR sup à 30/mn, SpO2 < 90% et O2 > 6 l/mn ou FiO2 sup à 50%, pH < 7,30
- Détresse respiratoire aigue avec ventilation mécanique
- Détresse respiratoire et autre défaillance d'organe associée (hémodynamique, rénale, neurologique...)

III. LES AVIS SPECIALISES AUX URGENCES

Les avis spécialisés par les seniors de pneumologie au senior des urgences (un N° de téléphone unique est à l'étude) dans les situations suivantes :

- Indication de fibroscopie bronchique
- Hémoptysie
- Pleurésie purulente



- Pneumopathies infiltrantes diffuses
- HTAP
- Mucoviscidose / DDB
- Suspicion de tuberculose
- Décision éthique (par exemple : cancer bronchique, maladies neuromusculaires décompensées sur le plan respiratoire (SLA, myopathie...))

IV. LES CONSULTATIONS POST-URGENCES

Les mardi et jeudi après-midi (Dr ME et MR)

Une lettre d'information insérée dans les documents de RésUrgences à imprimer sera remise aux patients des urgences. Ceux-ci pourront bénéficier d'une consultation post-urgence dans les 3 à 15 jours selon les cas.

Une proposition d'étude d'évaluation de prise des rendez-vous par la secrétaire des urgences auprès de la secrétaire de pneumologie dans les délais et sur les indications de l'urgentiste, versus par le patient a été faite pour une durée de 3 mois.

V. ORIENTATION DES MALADES

En cas d'absence de place dans le service de pneumologie, seuls les patients stables seront hospitalisés en privilégiant les services de médecine.

Ne pas héberger les patients sur Saint Jacques, suivre les procédures.

En cas d'hébergement, l'interne des urgences avertit l'interne de pneumologie (idem en garde)

VI. LES ADMISSIONS PAR TRANSFERTS EN URGENCE DE PATIENTS DES HOPITAUX PERIPHERIQUES EN L'ABSENCE DE PLACE DANS LE SERVICE DE PNEUMOLOGIE

Patients concernés :

Patients présentant :

- Une hémoptysie (sauf indication de radio interventionnelle)
- Une pleurésie purulente
- Une indication de fibro bronchique en extrême urgence (< 12h)
- Indication d'USIP (sauf suspicion de BK et problème néoplasique)
- L'évaluation du patient ainsi transféré de fait à la SAUV pour orientation

Service d'accueil :

Les services d'accueil pouvant accepter ce type de patients sont l'UHCD via la SAUV ou la réanimation. Il faudra bien évidemment avoir l'accord d'hospitalisation des différents intervenants. S'il y a une impossibilité d'accueillir les patients, il faut alors orienter le patient sur un autre site. Dans l'idéal et pour éviter la perte d'informations : le transfert est effectué après triplex régulateur - pneumologue du CHU ayant été contacté -médecin senior de la SAUV (N° senior unique en cours d'étude serait inséré dans ETRALI)

VII. LES LITS RESERVES

Les urgences doivent respecter, autant que faire se peut, les lits réservés pour hospitalisations programmées. (cf. procédure hébergements)



Ebauche de contractualisation avec les services d'hospitalisation – CHI de Créteil

EBAUCHE DE CONTRACTUALISATION AVEC LES SERVICES D'HOSPITALISATION

- Échange téléphonique tous les matins entre les urgences et les deux services:
 - o pour connaître la disponibilité des lits du matin
 - o pour connaître les patients potentiellement sortant le matin
- Le MPU se déplace tous les matins pour récupérer la liste des patients hospitalisés aux portes
- Échange téléphonique entre les médecins des services pour présenter les patients
- Les médecins du MPU descendent voir les patients
- Même démarche l'après midi
- Engagement des services d'accueil d'hospitaliser les patients le matin
- Engagement du service des urgences
 - o à respecter les horaires de montée des patients prévus
 - o à équilibrer la charge en soin
- Mise en place d'un échange régulier pour discuter des difficultés rencontrées sur certains dossiers médicaux



Définition de poste de l'infirmière cadre coordonnatrice de recherche des lits d'aval et en réseau – CHU de Caen

L'ICCAR

1. Définition

Infirmier (ière) cadre coordonnatrice de recherche des lits d'aval et en réseau

2. Rôle

Dans le cadre du projet de service (via le projet d'établissement), et dans le respect de la réglementation, l'ICCAR a pour rôle l'amélioration de l'orientation des patients du DATU nécessitant une hospitalisation en terme d'adéquation du lit d'aval proposé et du délai d'orientation définitive

3. Missions

Mission générale et transversale : elle consiste à mettre en adéquation permanente les besoins d'orientation définis au DATU avec l'offre d'aval.

Cette mission transversale permanente nécessite la réalisation des missions spécifiques suivantes :

- Participer en collaboration avec l'équipe médicale et l'encadrement à l'optimisation de la prise en charge globale du patient
- Organiser une orientation rapide et adaptée des patients à hospitaliser
- Rechercher des lits tout en réalisant des contacts référencés en continu avec chaque service ou unité d'aval
- Rendre compte régulièrement de l'activité avec les services d'aval
- Assurer une information pertinente (nécessité d'hospitalisation, de transfert...) auprès du patient, de la famille ou de son entourage.

4. Horaires

- Du lundi au vendredi : une ICCAR présente de 9 h à 19 h
- Le week-end : une ICCAR présente de 10 h à 18 h

5. Compétences requises

Qualification:

- Diplôme d'Etat Infirmier

Connaissances spécifiques:

- Connaissance du milieu hospitalier et de l'institution
- Connaissance du fonctionnement des structures hospitalières d'aval ou en réseau

Expériences souhaitées

- En service d'urgences

Qualités requises

- Sens des responsabilités
- Sens de la collaboration
- Esprit d'équipe
- Patience et persévérance
- Sens de la négociation
- Sens des relations humaines
- Disponibilités, discrétion
- Ponctualité, rigueur



6. Relations professionnelles spécifiques au poste

- Collaboration avec l'ensemble des équipes médicales et para-médicales
- Collaboration avec l'encadrement de proximité du DATU et des services de soins
- Collaboration avec d'autres professionnels (service social.....)

POINTS FORTS

- Améliorer l'adéquation des lits d'hospitalisation avec l'orientation idéale des patients à hospitaliser à partir du DATU
- Diminuer la DMS au DATU et probablement au sein de l'établissement en réduisant les orientations par défaut
- Décharger l'équipe de la recherche en lits
- Créer ou consolider un réseau d'hospitalisation extérieur à l'hôpital (développement de partenariats)
- Assurer une information performante auprès des patients, des familles, des professionnels de l'établissement
- Permettre un contact référencé dans chaque service

EVALUATION à TROIS MOIS

- Enquête de satisfaction (patients, professionnels du DATU, des unités d'hospitalisation,)
- Mesure des indicateurs :
 - temps de passage
 - adéquation entre orientation souhaitée et orientation effectuée
 - disponibilité en lits



Les bonnes pratiques relatives au management et au pilotage

Mettre en place une enquête de satisfaction des patients

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Tensions avec les patients ou accompagnant Réclamation des patients
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Suivre et améliorer la qualité de la prise en charge des patients
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Former les cadres et agents Préciser les attentes des patients suivant leur typologie ainsi que les exigences relatives à leur pathologie, Cibler des indicateurs qui permettront d'appréhender d'un seul coup d'œil la photographie du service des urgences Mettre au point et réaliser un premier questionnaire « pilote », qui permettra d'élaborer le document opérationnel pour conduire les enquêtes de satisfaction ; deux parties pourront constituer le document opérationnel, la conduite de l'enquête (questionnement, dépouillement et diffusion) et le tableau de bord des indicateurs Faire valider le document opérationnel par la structure de pilotage, Définir un calendrier, dates et durée, Analyser les enquêtes ; inscrire les résultats et enregistrer leurs évolutions dans le tableau de bord des indicateurs ciblés Communiquer les résultats, Mettre en place et suivre un plan d'actions sous l'égide de la structure de pilotage.
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Le panel et la représentativité des patients Disposer de questionnaires multilingues dans le cas de taux élevé de clientèle étrangères (par exemple en anglais)
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Cibler des questions qui garantissent l'objectivité des réponses attendues, la qualité étant une notion subjective, Les délais de réactivité des acteurs responsables pour corriger ou améliorer les points limites issus des enquêtes
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Charleville Mézières CHU d'Amiens
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Protocole d'enquête de satisfaction des patients Enquête de satisfaction sur la prise en charge des enfants Enquête de satisfaction sur la prise en charge aux urgences
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Documents

Protocole d'enquête de satisfaction des patients – CHU d'Amiens

Quand ?

- 2 fois par an : mai / juin – octobre / novembre

Affichage ?

- Réalisation d'affiches par la DQEP + Communication pour affichage dans le SAUP

Quel service ?

- SAUP

Public concerné ?

- Personnes accueillies au SAUP
- Majeurs

Critères d'exclusion ?

- Patient relevant de la salle de déchoquage

Support :

- Questionnaire proposé par le SAUP et revu avec la DQEP et la direction des soins en date du 8.07.08.
- Mise en forme par la DQEP – sept.2008

Réalisation de l'enquête :

- Distribution du questionnaire par le personnel d'accueil.
- Démarche incitative pour le remplissage de l'enquête et au dépôt dans une urne (à réserver auprès de M. G et à déposer à un endroit repérable et facilement accessible - y accoler un modèle de questionnaire)
- Récupération de l'enquête dans l'urne les professionnels de santé du service.

Collecte et exploitation des résultats ?

- Traitement à l'aide du logiciel SPHINX
- Précision à apporter : par qui ? (cadres du service ou DQEP ?)
- Analyse des résultats : mise en forme et exploitation des résultats par

Diffusion des résultats et mise en œuvre d'actions correctives ?

- Diffusion des résultats auprès de l'équipe
- Concertation de l'équipe pour décision et mise en œuvre d'actions correctives
- Affichage des résultats de l'enquête à l'accueil du SAUP pour information des patients



Enquête de satisfaction sur la prise en charge des enfants – CHU d'Amiens

SEXE

sexe	Nb. cit.	Fréq.
masculin	39	50,6%
feminin	38	49,4%
TOTAL OBS.	77	100%

AGE

Valeurs	Nb. cit.
7	8
10	6
14	6
3	6
9	6
11	5
2	5
13	4
15	4
12	3
4	3
5	3
8	3
14 mois	2
19 mois	2
6	2
1 mois	1
21 mois	1
23 mois	1
26 mois	1
5 mois	1
9 mois	1
TOTAL	74



ACCUEIL

Qui est la première personne qui vous accueille lors de votre arrivée dans le service des urgences pédiatriques ?

premiere personne	Nb. cit.	Fréq.
une ioa	46	59,7%
une adp	23	29,9%
une autre personne	2	2,6%
je ne sais pas	10	13,0%
TOTAL OBS.	77	

La prise en charge de votre enfant à l'accueil vous a paru :

pris en charge a l'accueil	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	2,6%
personnalisée	30	39,0%
rassurante	48	62,3%
indifférente	3	3,9%
TOTAL OBS.	77	

Avez vous attendu longtemps avant que cette personne s'occupe de vous ?

attente a l'accueil	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	2,6%
non la prise en charge a ete immediate	65	84,4%
oui mais elle etait occupee avec d'autres patients	9	11,7%
oui et je trouve ce délai injustifié	1	1,3%
TOTAL OBS.	77	100%

La salle d'attente vous parait elle accueillante et adaptée aux enfants ?

salle d'attente	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	2,6%
oui	70	90,9%
non	5	6,5%
TOTAL OBS.	77	100%



Suggestions

Valeurs	Nb. cit.
peu adaptée aux adolescents	4
film diffuse non adapté aux enfants	1
fond musical	1
pas de jouets, feutres	1
plus grande et plus aeree	1
produit pour nettoyer les mains et masques pour les enfants contagieux	1
salle d'attente separee du bureau d'accueil	1
TOTAL	10



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Votre enfant a-t-il bénéficié d'une prise en charge de la douleur ?

pec douleur	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	7	9,1%
oui	36	46,8%
non	34	44,2%
TOTAL OBS.	77	100%

Si oui a-t-elle été effectuée

lieu	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	44	57,1%
a l'accueil	13	16,9%
dans le service	21	27,3%
TOTAL OBS.	77	

A-t-elle été efficace

efficacite	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	49	63,6%
oui	28	36,4%
non	0	0,0%
TOTAL OBS.	77	100%



INFORMATION DES USAGERS

La personne qui vous a reçu au sein du service des urgences vous a t elle informée sur le déroulement de la pris en charge de votre enfant ?

information/pec	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	1,3%
oui	69	89,6%
non	7	9,1%
TOTAL OBS.	77	100%

QUELLE EST VOTRE APPRECIATION SUR LA DISPONIBILITE DE L'EQUIPE?

A t elle pris en compte votre anxiété?

anxiete	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	13	16,9%
oui	54	70,1%
non	10	13,0%
TOTAL OBS.	77	100%

A t elle répondu a vos questions et a vos préoccupations ?

preoccupations	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	6	7,8%
oui	67	87,0%
non	5	6,5%
TOTAL OBS.	77	



CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ENFANT AU SEIN DU SERVICE DES URGENCES PEDIATRIQUES

Vous a t elle paru adaptée ?

adaptée	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	4	5,2%
oui	73	94,8%
non	0	0,0%
TOTAL OBS.	77	100%

Si non qu'elle était votre attente ?

Pas de réponses



QUELLE EST VOTRE APPRECIATION GLOBALE AU NIVEAU :

Des soins ?

Valeurs	Nb. cit.
bien	39
très bien	20
ras	3
accueil agréable, personnel souriant et rassurant	1
TOTAL	63

De l'environnement ?

Valeurs	Nb. cit.
bien	34
très bien	15
agréable	4
ras	3
couleur, un vrai monde d'enfant	1
moyen	1
plus chaud dans les salles	1
propre	1
simple, sympa	1
un peu à l'étroit, peinture à rafraîchir	1
TOTAL	62

De l'information médicale ?

Valeurs	Nb. cit.
bien	32
très bien	17
ras	3
adaptée	1
assez froid	1
clair et détaillé	1
moyen	1
néant	1
ok	1
TOTAL	58



Du temps d'attente et de prise en charge ?

Valeurs	Nb. cit.
bien	21
long	13
très bien	8
rapide	6
ras	3
moyen	2
normal	2
2 heures	1
cela depend de l'heure d'arrivee	1
negatif	1
ok	1
raisonnable	1
temps de radio trop long	1
TOTAL	61

Suggestions

Valeurs	Nb. cit.
plus de personnel	2
bien	1
faire moins attendre les enfants	1
locaux tristes malgre des efforts de decoration	1
parfait	1
ras	1
un peu long pour des urgences	1
TOTAL	8



Enquête de satisfaction sur la prise en charge aux urgences – Centre Hospitalier de Charleville Mézières



SERVICE DES URGENCES

Enquête de satisfaction

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les circonstances vous ont amené(e) à être admis(e) dans notre service d'Urgences. Il est essentiel pour nous de connaître votre appréciation au terme de votre passage dans ce service, en vue d'améliorer la qualité de nos services. Nous vous serions donc très reconnaissants de bien vouloir répondre à cette enquête.

Si vous êtes un proche du patient, vous pouvez également remplir ce questionnaire. Votre opinion nous est précieuse. Veuillez simplement compléter attentivement la première question du document.

Ce questionnaire est anonyme, il n'est donc pas nécessaire, sauf si vous le souhaitez, d'indiquer votre nom. Merci de le remettre dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. Nous vous remercions pour votre aide précieuse.

- Ce questionnaire est complété par
 - le patient
 - un proche du patient
 - les deux ensemble

- Age du patient : _____ ans Sexe du patient : féminin masculin Code postal du patient : _____

- Quel est le problème de santé qui fut la cause de votre venue aux urgences :
s'agissait-il d'un accident ? Oui Non

<p><u>Si oui</u>, de quel type d'accident ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> route – transport <input type="checkbox"/> travail <input type="checkbox"/> domestique <input type="checkbox"/> sportif – loisir <input type="checkbox"/> école <input type="checkbox"/> autre : 	<p><u>Si non</u>, quel(s) étai(en)t le(s) problème(s) ?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> douleur</td> <td><input type="checkbox"/> saignement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> fièvre</td> <td><input type="checkbox"/> sensation de gêne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> malaise</td> <td><input type="checkbox"/> angoisse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vomissement/diarrhée</td> <td><input type="checkbox"/> agression</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autre :</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> douleur	<input type="checkbox"/> saignement	<input type="checkbox"/> fièvre	<input type="checkbox"/> sensation de gêne	<input type="checkbox"/> malaise	<input type="checkbox"/> angoisse	<input type="checkbox"/> vomissement/diarrhée	<input type="checkbox"/> agression	<input type="checkbox"/> autre :	
<input type="checkbox"/> douleur	<input type="checkbox"/> saignement										
<input type="checkbox"/> fièvre	<input type="checkbox"/> sensation de gêne										
<input type="checkbox"/> malaise	<input type="checkbox"/> angoisse										
<input type="checkbox"/> vomissement/diarrhée	<input type="checkbox"/> agression										
<input type="checkbox"/> autre :											

- Est-ce la première fois que vous vous rendiez à ce service des urgences ? Oui Non

- Vous vous êtes arrivé(e) aux urgences
 - à la demande de votre médecin traitant
 - de votre propre initiative
 - indépendamment de votre volonté

- Vous vous êtes rendu(e) aux urgences :
 - en ambulance
 - via le SMUR
 - par vos propres moyens
 - autre :

- Combien de personnes de votre entourage vous ont accompagné(e) lors de votre arrivée aux urgences ? _____

- Pourquoi avez-vous choisi le service des urgences de la Clinique X ?
(Vous pouvez donner **plusieurs réponses** à cette question) :

<input type="checkbox"/> mon médecin traitant me l'a conseillé	<input type="checkbox"/> je suis venu(e) en consultation dans l'hôpital
<input type="checkbox"/> un proche (famille, ami) me l'a conseillé	<input type="checkbox"/> j'habite à proximité de la Clinique
<input type="checkbox"/> le service des urgences a bonne réputation	<input type="checkbox"/> un proche y travaille
<input type="checkbox"/> la Clinique a bonne réputation	<input type="checkbox"/> je n'ai pas eu le choix
<input type="checkbox"/> j'étais satisfait(e) d'une prise en charge antérieure	<input type="checkbox"/> autre :

- Pouvez-vous préciser le jour de la semaine et l'heure de votre arrivée aux urgences ?

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

à h min

Était-ce un jour férié ? Oui Non



Nous allons vous présenter ci-dessous une série d'affirmations. Par rapport à votre passage aux urgences, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition sur une échelle de 1 à 5 (1 = très insatisfait à 5 = très satisfait). Si vous n'êtes pas concerné(e) par l'aspect considéré, nous vous invitons à entourer la lettre NC (= Non Concerné)

Accès au service	Très insatisfait					Très satisfait					Non concerné
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Accès au service des urgences (routier, parking, ...)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Signalisation et repérage du service des urgences	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC

Dans la salle d'attente	Très insatisfait					Très satisfait					Non concerné
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Accueil au secrétariat du service (courtoisie, serviabilité...)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Discretion du secrétariat à votre égard	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Confort de la salle d'attente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Distributeurs mis à votre service	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Sanitaires mis à votre service	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Disponibilité des sièges en salle d'attente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Apparence et décoration des locaux	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Possibilité d'occupation durant l'attente (TV, revues, jeux,...)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Temps d'attente avant d'entrer dans la salle d'urgence	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Information en cas d'attente prolongée avant l'entrée dans la salle d'urgence	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Estimation du temps d'attente avant de rencontrer une personne au guichet/secrétariat	<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 1h30 <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> plus de 2h										
Estimation du temps d'attente avant de rencontrer un(e) infirmier(e) ou un médecin dans la salle d'attente	<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 1h30 <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> plus de 2h										
Estimation du temps d'attente avant d'entrer en salle d'urgence	<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 1h30 <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> plus de 2h										

En salle d'urgence	Très insatisfait					Très satisfait					Non concerné
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Identification du personnel (badge, présentation)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Accueil et courtoisie du personnel : - infirmier - médical	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Information sur le déroulement de la prise en charge	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Soulagement rapide de votre douleur	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Réaction rapide du personnel en cas de problème	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Qualité de la prise en charge médicale	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Patience du personnel à votre égard	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Clarté de l'information médicale	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Qualité de la prise en charge infirmière	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Manipulation de votre personne avec délicatesse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Attention portée à votre confort	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Respect de votre intimité et de votre pudeur	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Sentiment de sécurité au sein des urgences	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC
Respect de la confidentialité des informations vous concernant	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	NC



En salle d'urgence	Très insatisfait		Très satisfait		Non concerné	
	☹	☺	☺	☹		
Apparence et décoration du service	1	2	3	4	5	NC
Information fournie à vos proches	1	2	3	4	5	NC
Information en cas d'attente prolongée	1	2	3	4	5	NC
Estimation du temps d'attente en salle d'urgence avant d'être pris en charge par un(e) infirmier(e) :						
<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 1h30 <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> plus de 2h						
Estimation du temps d'attente en salle d'urgence avant d'être examiné(e) par un médecin :						
<input type="checkbox"/> Immédiatement <input type="checkbox"/> < 15 min <input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 1h30 <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> plus de 2h						

En cas d'examen(s) (radio, scanner...) que vous avez dû subir en dehors des urgences :	Très insatisfait		Très satisfait		Non concerné	
	☹	☺	☺	☹		
Courtoisie du personnel lors de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Information sur la nature de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Information sur le déroulement de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Manipulation de votre personne avec délicatesse lors de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Prise en compte de votre douleur lors de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Respect de votre intimité et de votre pudeur lors de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Patience du personnel à votre égard lors de l'examen	1	2	3	4	5	NC
Attention portée à votre confort durant l'examen	1	2	3	4	5	NC
Sentiment de sécurité durant l'examen (précautions, prise en charge...)	1	2	3	4	5	NC
Information en cas de retard de l'examen	1	2	3	4	5	NC

En cas d'examen en dehors du service des urgences, pouvez-vous préciser le ou les service(s) concerné(s) :

- Radiologie
 Echographie
 Scanner
 Résonance Magnétique
 Endoscopie
 Scintigraphie
 Autre :

Au terme de votre passage aux urgences, considérez-vous que :	Pas du tout d'accord		Tout à fait d'accord		Non concerné	
	☹	☺	☺	☹		
Les consignes à suivre (traitement, ...) sont suffisamment claires	1	2	3	4	5	NC
La douleur a été apaisée convenablement	1	2	3	4	5	NC
Le suivi via un rendez-vous en consultation a été proposé si nécessaire	1	2	3	4	5	NC
Les documents éventuels (prescriptions, certificats) vous ont été transmis	1	2	3	4	5	NC
Estimation de la durée totale de votre passage aux urgences :						
<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1h <input type="checkbox"/> < 2h <input type="checkbox"/> < 4h <input type="checkbox"/> < 6h <input type="checkbox"/> plus de 6h <input type="checkbox"/> une nuit						

Votre douleur : pouvez-vous nous indiquer le plus objectivement possible le seuil de votre douleur sur une échelle allant de 0 (douleur absente) à 10 (douleur maximum imaginable) ?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Au moment de votre arrivée aux urgences = Entrée :
- Au moment de votre départ des urgences = Sortie :

En cas de besoin, à quel moment votre douleur a été prise en charge pour la première fois lors de votre prise en charge ?

- En salle d'attente
 A l'installation en salle d'urgence
 Après les examens
 A la sortie
 Jamais



- Votre passage aux urgences a-t-il nécessité une hospitalisation ? Oui Non

En cas d'hospitalisation dans une unité de soins, avez-vous rencontré le médecin spécialiste lié à votre cas dans les 24 premières heures de votre hospitalisation? Oui Non

En cas d'hospitalisation à l'étage, estimation de la durée totale avant l'installation en chambre dans l'unité

< 1h < 2h < 4h < 6h < 12h plus de 12h Non concerné

EVALUATION GLOBALE

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre prise en charge aux urgences** ?
 Très insatisfait(e) 😞 Assez insatisfait(e) Neutre Assez satisfait(e) Très satisfait(e) 😊
- **Recommanderiez-vous ce service des urgences** à un proche (famille, ami) ?
 Certainement pas 😞 Probablement pas Neutre Probablement Certainement 😊
- Si vous deviez à l'avenir être hospitalisé(e), choisiriez-vous la **CLINIQUE X** ?
 Certainement pas 😞 Probablement pas Neutre Probablement Certainement 😊

- Avez-vous des remarques ou suggestions concernant votre passage aux Urgences ?

.....

.....

.....

.....

Vous étiez-vous déjà présenté(e) aux urgences de cet hôpital pour le même problème dans les 48h précédant votre arrivée ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons :

.....

.....

.....

- Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire © F.R.



Exploiter le système informatique des urgences

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Certains services des urgences ont la chance de disposer d'un système d'information. Or il a été constaté que l'outil informatique n'était pas exploité de manière optimale. Par ailleurs, l'utilisation de ces outils conduit parfois à des erreurs au niveau du recueil des données, le plus souvent car la saisie n'est pas réalisée en temps réel
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Le système informatique doit constituer une aide à la fois pour la gestion en temps réel de l'activité, mais aussi dans le cadre de la nécessaire prise de recul sur l'organisation de l'activité par l'intermédiaire de calcul d'indicateurs. Pour ce dernier point, il faut tout faire pour obtenir des données exactes.
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à plat le fonctionnement du système informatique avec les utilisateurs Rédiger un document de formalisation de son utilisation. Diffuser ce document Trouver des moyens de faciliter la saisie
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Associer les utilisateurs finaux pour comprendre les contraintes Associer les services informatiques Communiquer notamment par l'intermédiaire de formations
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Un système informatique doit constituer un atout pour le service des urgences mais mal utilisé, il peut conduire à des indicateurs erronés pendant l'exploitation des données. Adapter le nombre d'informations à renseigner dans le système d'information à l'exploitation qui en sera faite pour ne pas démobiliser les professionnels par une charge de travail trop lourde
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Laon CHU d'Amiens
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Procédure d'utilisation de RésUrgences Procédure de recueil des temps de passage DXCare
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un régulateur de flux Adapter l'organisation à l'activité Tableaux de bord et indicateurs qualité

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique			X	



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs


La mise en place de cette action met en jeu l'ensemble des acteurs évoluant dans le service des urgences et saisissant des informations dans le système d'information. Ce sont donc à la fois les médecins, le personnel paramédical et le personnel administratif qui sont concernés.

Par ailleurs, un membre du service informatique doit être impliqué.



Documents

Procédure d'utilisation de ResUrgences – Centre Hospitalier de Laon

	CENTRE HOSPITALIER de LAON	PROCEDURE D'UTILISATION DE RESURGENCES	
Date de création : 01/01/2008		Page x sur y	
Réf :		Destinataires: SAU	
Emetteur : Groupe projet SAU	Vérificateur : Mme LEMAIRE-NANNI, chef de service Mme TRIFFAUX, cadre de santé Mr MENOT, praticien hospitalier Mme DESJARDIN, cadre supérieur Mr DAMIENS, responsable Qualité	Approbateur : Mme PAGE, D.S.S.	
<p>OBJET Utilisation de résurgences dans un souci d'amélioration de la qualité des dossiers.</p> <p>DOMAINE D'APPLICATION Dossier informatisé Résurgences au SAU</p> <p>PERSONNEL CONCERNE IDE, IAO, AS, brancardiers, équipe médicale</p> <p>REFERENCES Références législatives, réglementaires et normatives Recommandations certifications HAS Recommandations MEAH</p> <p>Références internes IGEQSI</p> <p>DEFINITIONS ET ABREVIATIONS IDE : infirmier(e) IAO : infirmier(e) d'accueil et d'orientation AS : aide-soignant(e) BAC : bureau d'accueil et consultations</p> <p>INDICATEURS Evaluation des dossiers de soins résurgences</p> <p>1 – LE BAC Entre les données administratives : nom, prénom, adresse (à vérifier), donne le formulaire de la personne de confiance et informe le patient sur ce formulaire, vérifie le nom du médecin traitant et les papiers de sécurité sociale et de mutuelle.</p> <p>2 - IAO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifie que les données PASTEL basculent sur Résurgences. Sinon, fait entrée résurgences ou dossier papier. • Réalise l'entrée administrative lorsque le BAC est fermé. 			



- Vérifie nom, prénom et date de naissance, adresse, N° de téléphone, personne à prévenir.
- Coche le statut, le mode d'arrivée, le moyen de transport utilisé, le nom du transporteur.
- Dans l'item IAO, elle coche le motif de recours et clique la donnée correspondante (exemple : coche URO, clique douleur fosse lombaire)
- Oriente en salle si une salle est disponible ou laisse orientation en salle d'attente SAU si pas de place.

3 – IDE / AS

- Oriente le patient dans la salle de soins.
- Entre les premières données / constantes, inventaire, actes infirmiers réalisés.
- Entre la donnée allergie si pas fait
- Vérifie le nom du médecin traitant.

4 - Médecin

- Commence dans « anamnèse » dès prise en charge du patient.
- Vérifie l'icône « allergie ».
- Note les prescriptions et imprime les bons d'examen.
- Remplit le motif de recours, l'examen clinique et émet des hypothèses diagnostiques.

5 – Brancardier

- Valide tous les transports et installations qu'il a réalisés.
- Oriente les patients dans « couloir attente RADIO », puis en « chambre » après chaque examen en dehors de l'unité.

6– Spécialiste

- Réalise ses prescriptions.
- Valide ses actes sur résurgences ou effectue un compte rendu manuel sur un bon vert.

7 – IDE /AS

- Valide toutes les réalisations de soins IDE et AS (prescriptions et soins infirmiers) .

8 - Médecin

- Note son acte ou sa consultation dans l'item prescription aux urgences pour les externes, et note les actes éventuels pour les hospitalisés.
- Après décision orientation, remplit son dossier dans item DIAGNOSTIC et ORIENTATION (CCMU, GEMSA) : inscrit les interprétations des examens complémentaires : radio, bio, ECG... (principaux éléments)
- Utilise l'item EVOLUTION dans le cas d'un passage long avec différentes orientations diagnostiques.
- Clôture le dossier si l'IDE a validé ses soins sinon laisse l'IDE clôturer elle-même.

9 – IDE secteur

- Vérifie la tenue du dossier (complet : DIM, administratif, paramédical sauf pour les externes et médical), la bonne orientation et la clôture si pas fait par le médecin.

10 – Secrétaire

- Vérifie le dossier.
- Vérifie et enregistre si besoin les actes ou consultations réalisés au SAU par le médecin, les ECG non notés, les diagnostics non complétés, l'orientation incomplète ou erronée, les soins infirmiers, les consultations UPL et spécialisées non prescrites, la non validation par les manipulateurs radio des clichés radiologiques réalisés, les statuts, les CCMU et GEMSA erronés.



Procédure de recueil des temps de passage DX Care – CHU d'Amiens

1/ SELECTIONNER L'ENFANT DANS DX CARE PUIS CLIQUER SUR TETE AVEC STETHOSCOPE (en haut à droite)

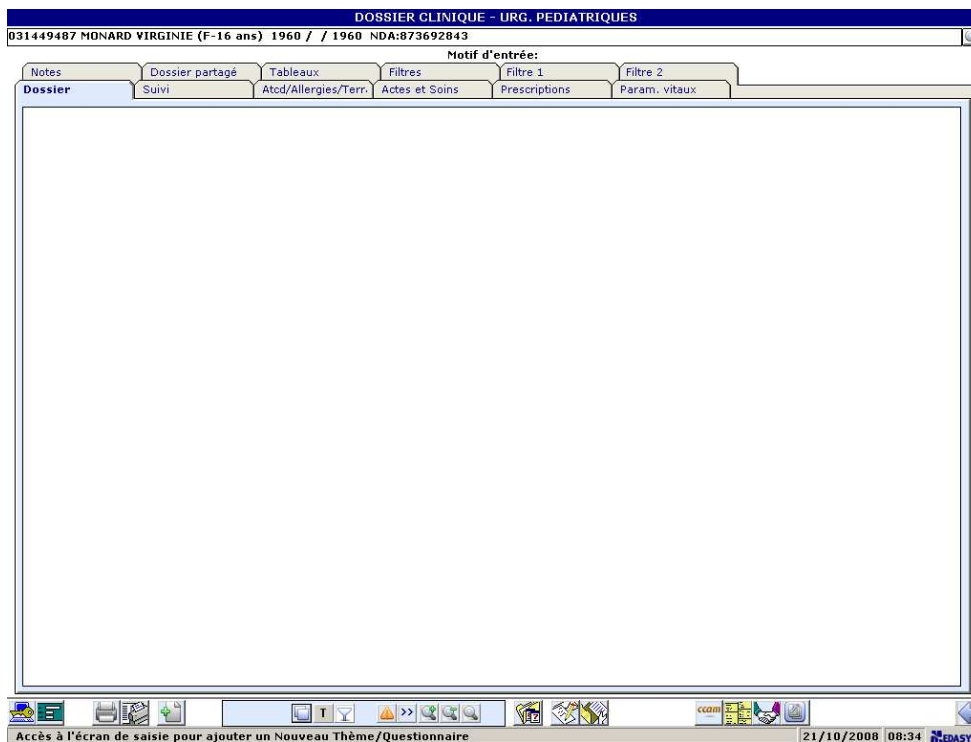
The screenshot shows the 'LISTE DES PATIENTS' window in the DX Care application. The search criteria are 'Recherche (Toutes les spécialités - Nom : MONARD... VIRGINIE...)'. The table below lists the search results:

Poste / Lit / UH	W	P	Nom / prénom	Age	D.entrée	D.sortie	Motif
1960 / / 1960			MONARD VIRGINIE	15 ans	22/11/07	22/11/07	Patient non admis
1960 / / 1960			MONARD VIRGINIE	15 ans	23/11/07	23/11/07	Patient non admis
1960 / / 1960			MONARD VIRGINIE	16 ans	21/10/08	21/10/08	Patient non admis

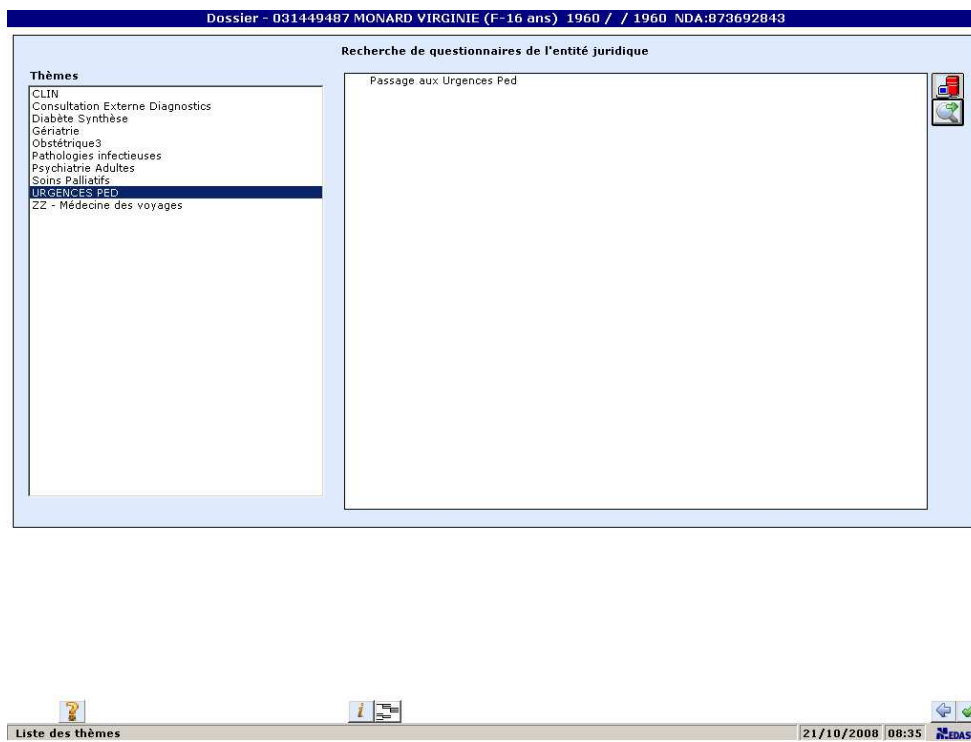
The interface also shows the user 'VIARRE Isabelle - URG. PEDIATRIQUES' and the date '21/10/2008 08:33'. The Windows taskbar at the bottom shows the Start button, system tray, and open applications including 'Boîte de réception - Micr...', 'Dx Care', 'Secretariat', and 'Document1 - Microsoft...'.



2/ CLIQUER SUR ICONE EN BAS : PAGE BLANCHE AVEC CROIX VERTE



3/ SELECTIONNER dans Thèmes : URGENCES PEDIATRIQUES puis DOUBLE-CLIQUER sur PASSAGES AUX URGENCES PED





4/ UNE PAGE APPARAÎT AVEC PLUSIEURS ONGLETS : CLIQUER SUR L'ONGLET ORIENTATION

5/ RENSEIGNER :

- DATE HEURE DEBUT PEC MEDICALE : positionner le curseur dans cadre blanc et indiquer l'heure (exemple 08 :00)
- DATE HEURE FIN PEC MEDICALE (idem)
- ORIENTATION : cliquer sur chirurgie ou médecine
- MODALITE DE SORTIE : cliquer retour à domicile ou hospitalisation



6/ PUIS VALIDER A L'AIDE DU V VERT EN BAS A DROITE DE CET ECRAN EN INDIQUANT COMME MEDECIN RESPONSABLE « PAUTARD Jean-claude »

7/ APRES AVOIR RENSEIGNER LES ITEMS DEMANDES, VOICI L'ECRAN FINAL

QUITTER AVEC LA FLECHE BLEUE EN BAS A DROITE DE L'ECRAN POUR PASSER AU PATIENT SUIVANT



Tableaux de bord et indicateurs qualité

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> De nombreux services d'urgences ne disposent pas de système de suivi en routine des temps de passage et d'attente Ce manque est d'autant plus nécessaire à combler qu'un établissement souhaite faire évoluer sa culture de travail, son organisation et sa gestion des urgences, et a besoin de leviers pour le faire
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Disposer, en routine, de tableaux de bord et d'indicateurs qualité Permettre au responsable du service d'animer une démarche d'amélioration de la prise en charge des urgences en disposant d'éléments factuels permettant de cibler son action et d'en mesurer les effets.
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Réflexion avec les médecins et les paramédicaux pour déterminer les indicateurs clés qualitatifs et quantitatifs Organiser la récupération des données Construire le tableau de bord.
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Un outil informatique existant et pouvant fournir facilement les données nécessaires au tableau de bord Un service informatique disponible pour automatiser la production du tableau de bord Un test du tableau de bord avant de le diffuser largement, afin de fiabiliser ses résultats Des indicateurs acceptés par les praticiens
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas faire « sophistiqué », au risque de <ul style="list-style-type: none"> Ne pas pouvoir réaliser le tableau de bord en routine Ne pas exploiter les résultats
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Bastia Centre Hospitalier de Cayenne Centre Hospitalier de Mantes la Jolie Centre Hospitalier de Saint Briec Centre Hospitalier de Troyes CHI de Villeneuve Saint Georges CHU de Caen Hôpital H. Mondor
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Tableau de bord Indicateur Staff dossiers en attente Indicateurs de suivi des temps de passage aux urgences Tableau de bord du service
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Exploiter le système informatique des urgences

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Le chef de service des urgences et l'ensemble du personnel
- Le service informatique

La démarche

Il est nécessaire, en première approche, de fixer les objectifs poursuivis par la mise en place d'un tel outil au sein d'un service des urgences. En effet, un tableau de bord doit non seulement être opérationnel et tourné vers l'action, mais aussi apporter une réponse à une problématique locale.

Les exemples qui suivent permettent d'envisager le pilotage du service d'urgences sous différents angles :

- Suivre les temps de passage et le taux d'occupation du service comme au Centre Hospitalier de Cayenne.
- Suivre l'exhaustivité des données, les délais de prise en charge et les destinations des patients comme au centre hospitalier de Bastia

Le tableau de bord peut également avoir un contenu variable en fonction de sa fréquence. Des exemples sont fournis avec l'Hôpital H. Mondor ou le CHI de Villeneuve Saint Georges.

Au-delà du fond, la forme est importante pour la communication et l'analyse rapide du tableau de bord.



Documents

Tableau de bord – Hôpital H. Mondor

		dans TdB ACT-MENS (existant ou onglet ajouté TdB2) ou U-MENS							
		recueil manuel							
champ	champ couvert	définition	mode de calcul	fréquence					
				quotidien	hebdo	mensuel			
1	SU	activité	nombre de passages	nb passages (/jr, /semaine, /mois)			X	X	X
2	SU	activité	dont >75ans	% du nombre de passages			X	X	X
3	SU	activité	temps de passage moyen	sortie - arrivée hors UO (en hh:mm)			X	X	X
4	SU	qual méd et perçue	délai moyen de pec IOA	pec IOA - arrivée (en mn)			X	X	X
5	SU	qual méd et perçue	délai moyen de pec médecin	début de pec médecin - arrivée (en mn)			X	X	X
6	SU	activité	flux des urgences psy	nombre de consultations					X
7	SU	qual méd et perçue	hospitalisations couloirs	% de passages > 12H parmi les hospitalisés hors UO voir "hospi SAU"			X	X	X
8	amont	activité	mode d'arrivée	% piétons, % ambu, % pompiers, % SAMU					X
9	UO	activité	nb passages à l'UO	nb moyen par jour, nb total par mois				X	X
11	aval	activité	Service d'hospi / UHCD						
12	SU	qualité perçue	plaintes	nombre de plaintes/mois					X
13	SU	qualité	incidents	en nombre FEI			X	X	X
14	SU	qualité médicale	pertinence des demandes bio	suivi des antigènes uri,CRP(en nb), demandes BNP/patients>75ans				X	X
15	amont	activité	part du hors secteur dans les arrivées	en %			X	X	X
16		activité	consultations urgentistes dans services de spécialité	en nombre ou nb consultation/nb jours non ouvrés en %					X



Tableau de bord – Centre Hospitalier de Bastia

Visualisation de l'exhaustivité

Numéro de Dossier	Date	Année de naissance	Heure d'arrivée	Heure de prise en charge	Heure théorique de fin de soins	Heure de sortie ou mutation service	Biologie
100%	100%	100%	99%	80%	60%	77%	100%
Imagerie	Avis spécialisé	Destination	CH Corté	AMU Calvi	Box consultation	Cliniques	CCMU
100%	100%	89%	100%	100%	100%	100%	67%

Délais de prise en charge avec segmentation sur la CCMU

		1			2			3		
		Nb	%	Temps moyen	Nb	%	Temps moyen	Nb	%	Temps moyen
Délais Entrée - Sortie	moins de 15 ans	100	7%	1:07	104	7%	1:37	10	1%	2:30
	16-74 ans	175	12%	1:19	426	28%	2:35	94	6%	4:04
	75 ans et plus	10	1%	2:03	88	6%	3:21	88	6%	4:06
	Total	285	19%	1:16	618	41%	2:32	192	13%	4:00
Délais Entrée - Début médical	moins de 15 ans	105	7%	0:41	101	6%	0:32	10	1%	0:32
	16-74 ans	182	12%	0:34	441	28%	0:39	104	7%	0:23
	75 ans et plus	9	1%	0:38	90	6%	0:28	91	6%	0:30
	Total	296	19%	0:37	632	40%	0:36	205	13%	0:26
Délais Début médical - Fin médical	moins de 15 ans	85	8%	0:26	83	7%	1:02	7	1%	1:15
	16-74 ans	138	12%	0:45	348	31%	1:54	83	7%	3:22
	75 ans et plus	5	0%	1:10	67	6%	2:42	81	7%	3:22
	Total	228	20%	0:39	498	44%	1:52	171	15%	3:16
Délais Fin médical - Sortie	moins de 15 ans	82	7%	0:01	86	7%	0:02	7	1%	0:05
	16-74 ans	130	11%	0:00	363	32%	0:02	84	7%	0:05
	75 ans et plus	5	0%	0:00	72	6%	0:11	80	7%	0:16
	Total	217	19%	0:00	521	45%	0:04	171	15%	0:10



Destination des patients

	Nb	%
Autre	38	6%
Bloc	8	1%
cardio	66	10%
Chir A	36	5%
Chir D	8	1%
ChirB	15	2%
Cs externes	1	0%
K gériatrie	38	6%
maternite gyneco	15	2%
médecine G	70	11%
medecine I	47	7%
médecine K	36	5%
médecine L	56	8%
neurochirurgie	26	4%
pédiatrie	82	12%
psychiatrie	35	5%
réa	15	2%
UHCD	50	8%
Usic	22	3%

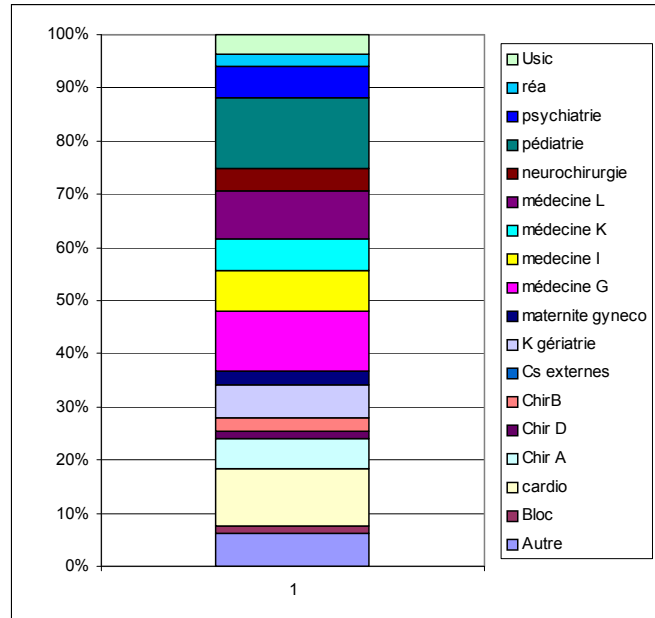
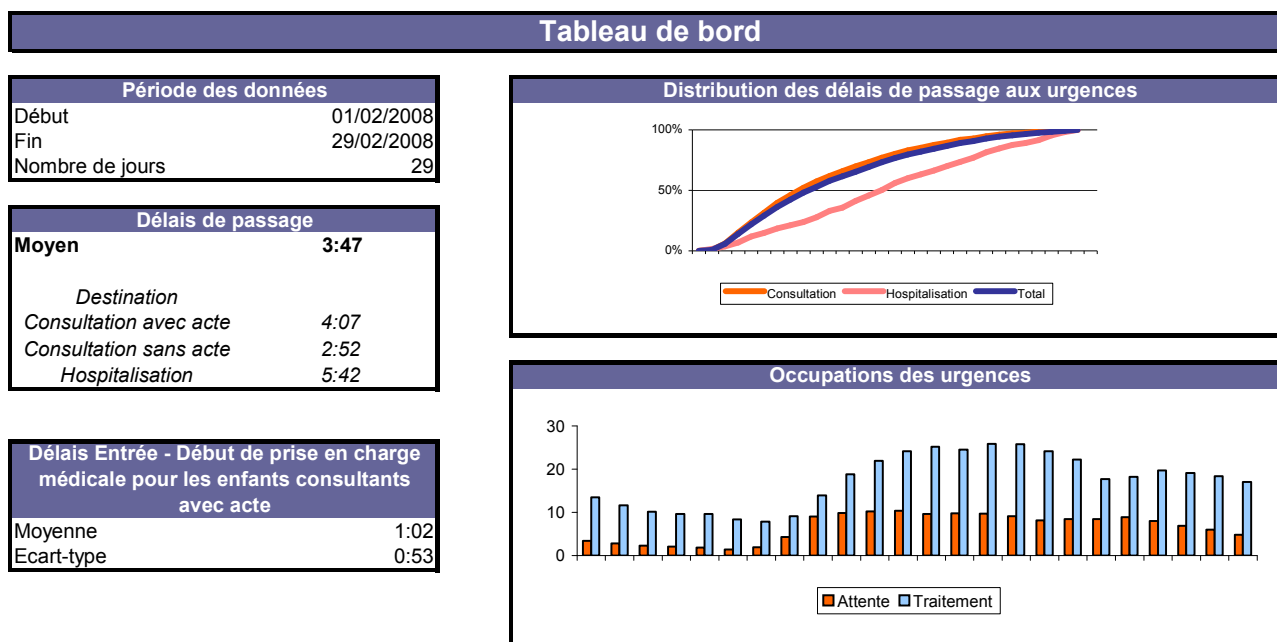




Tableau de bord – Centre Hospitalier de Cayenne

Une procédure de production régulière d'un tableau de bord a été mise en place. Cette procédure s'appuie sur une requête DMU et d'un traitement par une macro Excel. Une capture d'écran du tableau de bord est donnée ci-dessous.





Indicateur Staff dossiers en attente – Centre Hospitalier de Mantes la Jolie

SEMAINE DU _____ au _____

Date :	9h	9h30	10h30
Nombre de dossiers patients en attente à l'accueil			
Nombre de dossiers patient sur la banque			
Nombre de patients dans les boxes / 10			
Date :	9h	9h30	10h30
Nombre de dossiers patients en attente à l'accueil			
Nombre de dossiers patient sur la banque			
Nombre de patients dans les boxes / 10			
Date :	9h	9h30	10h30
Nombre de dossiers patients en attente à l'accueil			
Nombre de dossiers patient sur la banque			
Nombre de patients dans les boxes / 10			
Date :	9h	9h30	10h30
Nombre de dossiers patients en attente à l'accueil			
Nombre de dossiers patient sur la banque			
Nombre de patients dans les boxes / 10			
Date :	9h	9h30	10h30
Nombre de dossiers patients en attente à l'accueil			
Nombre de dossiers patient sur la banque			
Nombre de patients dans les boxes / 10			
Date :	9h	9h30	10h30
Nombre de dossiers patients en attente à l'accueil			
Nombre de dossiers patient sur la banque			
Nombre de patients dans les boxes / 10			



Indicateurs de suivi des temps de passage aux urgences – Centre Hospitalier de Mantes la Jolie

INDICATEURS TEMPS DE PASSAGE AUX URGENCES

Indicateurs	OUI	NON	commentaires
% de patients vus aux urgences (sur 1 jour, 1 semaine, 1 mois)			
% de patients accueillis par tranche horaire			
% de patients ayant eu 1 délai d'attente > au délai moyen <i>Le délai moyen est souvent proche de la médiane 50% des patients environ auront un délai > à la moyenne Je propose plutôt le % de patient au-delà d'un délai jugé pas acceptable (par exemple 3 heures - hors patients destinés à l'hospitalisation</i>			
Temps de prise en charge en fonction gravité			
% patient en fonction du degré de gravité clinique (CCMU ou CIMU 1, 2, 3, 4, 5)			
Temps de prise en charge IDE AS (heure de prise en charge) <i>Question : comment on mesure le temps d'entrée du patient aux urgences ?</i>			
Temps de prise en charge Médicale			
Temps d'attente de radiologie ou biologie (départ et retour)			
Temps d'attente d'un lit (lit porte, hospi (dans bon service ou pas), transfert)			
% de patients hospitalisés			
% de patients pour consultation			
Heure de sortie du patient (soit hospi ou consult)			
Temps de passage moyen aux urgences			
% de patients non hospitalisés sans acte			
% de patients non hospitalisés avec acte			
% de patients < 15 ans, 15 à 75 ans, >75 ans			
% de patients partis sans attendre			
% de dossiers médicaux clos à une heure donnée <i>% patients filière courte vs filière longue</i>			
<i>Nb de patients présents dans le service (à calculer en direct - « en live » et à afficher dans le service)</i>			
<i>D'autres indicateurs sont sans doute utiles Je vous encourage à relire les notes de communication de la MeaH pour repérer les indicateurs diffusés par les autres établissements</i>			
Alerte en cas de temps d'attente trop important			



Indicateurs de suivi des temps de passage aux urgences – CHI de Villeneuve Saint Georges

Indicateur	Mode de restitution	Réalisation	Maille	Périmètre	Historique	Commentaire
Suivi de l'activité du service						
Nombre de patients vus la veille	Chiffré (manuel) : total, >75 ans, hospi hors UHTCD, UHTCD		Quotidien	SAU	1 semaine	
Moyenne du nombre mensuel de passages de patients	Courbe année n et n-1 par type de patient		Mensuel	SAU	2 ans	
Nature des pathologies						
Qualité, Coût, Délai						
Montant et volume radios / patient	Maille à définir, à minima par mois		Mensuel ?	SAU		
Montant et volume examens labo / patient	Maille à définir, à minima par mois		Mensuel ?	SAU		
Plaintes de patients (erreur de diagnostic)	avec qualification : prise en charge, fonctionnement, comportement		Mensuel	SAU	1 an glissant	
Délai moyen de passage par degré de gravité	échelle de 1 à 5	15 j tous les 6 mois	Semestriel	SAU	2 ans	Campagne de mesure Meah
Délai moyen de passage par tranche d'âge	<15 ans, 15 à 75 ans, > 75 ans	15 j tous les 6 mois	Semestriel	SAU	2 ans	Campagne de mesure Meah
Délai moyen de passage par nature de prise en charge	Hospitalisation, avec acte, sans acte...	15 j tous les 6 mois	Semestriel	SAU	2 ans	Campagne de mesure Meah
Nombre de dossiers patients non triés par l'IAO	Créneau 11h à 21h à ce jour	Ponctuel 1 fois par semaine, sur dossiers des patients externes	Hebdo	SAU		Sur les dossiers du jour (non classés)
Animation du progrès						
Avancement par action engagée	diagramme circulaire	Taux d'avancement	Hebdo	Action SAU	Ponctuel	
Nombre de dysfonctionnements remontés, traités, ...	diagramme à bâton : écarté, traité en séance, traité hors séance, à traiter		Hebdo	SAU	1 ans	



Tableau de bord du service – Centre Hospitalier de Saint Briec

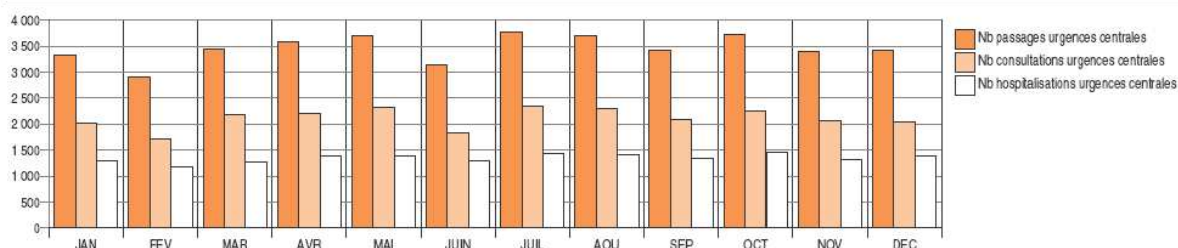
Ce tableau de bord est diffusé via l'Intranet et accessible à tous les professionnels de l'Établissement.



DIRECTION DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE L'ORGANISATION

ACTIVITE DES URGENCES CENTRALES : Données cumulées : 12 mois

	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul	%
Nb hospitalisations	1 301	1 187	1 269	1 380	1 385	1 300	1 432	1 408	1 346	1 466	1 311	1 382	16 169	38,94 %
Nb consultations	2 017	1 722	2 177	2 197	2 326	1 832	2 338	2 290	2 082	2 251	2 079	2 042	25 353	61,06 %
Nb passages total 2007	3 318	2 909	3 446	3 577	3 711	3 132	3 770	3 698	3 430	3 717	3 390	3 424	41 522	100%
Nb passages total 2006	3 203	2 766	3 144	3 433	3 562	3 443	3 870	3 591	3 504	3 611	3 098	3 207	40 432	



Saisie GEMSA	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul
Taux exhaustivité hospitalisations	99,8 %	99,7 %	99,8 %	99,7 %	99,3 %	98,8 %	99,4 %	99,5 %	99,6 %	99,1 %	99,4 %	99,1 %	99,4 %
Taux exhaustivité consultations	98,8 %	97,3 %	98,2 %	97,7 %	96,0 %	96,3 %	97,2 %	98,3 %	98,9 %	98,2 %	97,3 %	96,8 %	97,6 %
Taux d'exhaustivité global 2007	99,1 %	98,4 %	99,0 %	97,5 %	96,2 %	96,8 %	96,6 %	98,9 %	99,7 %	97,7 %	98,0 %	98,1 %	97,9 %
Taux d'exhaustivité global 2006	99,4 %	98,2 %	98,6 %	99,4 %	98,3 %	98,6 %	99,4 %	98,5 %	98,7 %	99,4 %	98,3 %	97,3 %	98,7 %

Détail des passages aux urgences centrales en 2007 : Consultations et séjours par jour de la semaine Nombre total, Nombre moyen, Minimum, Maximum

JOUR	Secteur des consultations externes				Secteur hospitalisations				Total service des Urgences Centrales	
	Nb consultations	Nb cons moy / jour	Min	Max	Nb séjours	Nb hosp moy / jour	Min	Max	Nb passages total	Nb pass moy / jour
lundi	3 925	81,8	49	92	2 558	53,3	37	69	6 484	135,1
mardi	3 389	70,6	33	87	2 293	47,8	33	60	5 682	118,4
mercredi	3 324	69,3	21	81	2 254	47,0	24	61	5 578	116,2
jeudi	3 363	70,1	43	96	2 280	47,1	24	66	5 623	117,1
vendredi	3 480	72,5	49	99	2 512	52,3	35	65	5 992	124,8
samedi	3 854	80,3	31	98	2 327	48,5	30	60	6 181	128,8
dimanche	4 018	83,7	17	102	1 964	40,9	24	54	5 982	124,6
Semaine	25 353	528,2	17	102	16 169	336,9	24	65	41 522	865,0

Màj le : 19/02/2008

Z:\Myriam\Listings_stats_mensuelles\Urgences2007.rep



Nb passages aux urgences centrales selon la décision médicale en 2007

Décision médicale	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul	%
Consultation externe			1	17	2 322	1 761	2 270	2 221	2 060	2 208	2 049	2 011	16 920	59,51 %
Hospitalisation				2	1 371	1 295	1 440	1 411	1 314	1 423	1 279	1 347	10 882	38,27 %
Indéterminé					2	4	4	5	3	4	2	4	28	0,10 %
Fugue					1	2	3	1		2	1	2	12	0,04 %
Parti sans attendre				4	75	36	49	42	39	50	37	39	371	1,30 %
Transfert autre hopital						39	19	25	26	40	32	28	209	0,74 %
	2	5	2	1									10	0,04 %
TOTAL MENSUEL	2	5	3	24	3 771	3 137	3 785	3 705	3 442	3 727	3 400	3 431	28 432	100,00 %

Nb passages aux urgences centrales selon le type de transport et l'adressage (infos de GEMSA)

	2 006	%	2 007	%
Ambulance privée	5 529	36,20 %	5 686	35,46 %
Ambulance publique	4 074	26,67 %	4 353	27,15 %
Autres	4 428	28,99 %	4 486	27,98 %
inconnu	477	3,12 %	644	4,02 %
Non renseigné	24	0,16 %	17	0,11 %
SMUR	742	4,86 %	847	5,28 %
Cumul	15 274	100,00 %	16 033	100,00 %

	2 006	%	2 007	%
Amené par la police	59	0,39 %	55	0,34 %
Appel 15	6 322	41,39 %	6 806	42,45 %
Autres	57	0,37 %	117	0,73 %
Convocation	29	0,19 %	45	0,28 %
De lui-même	2 099	13,74 %	2 177	13,58 %
inconnu	418	2,74 %	560	3,49 %
Médecin	6 027	39,46 %	6 006	37,46 %
Non renseigné	24	0,16 %	16	0,10 %
Transfert	211	1,38 %	220	1,37 %
Transfert interne	28	0,18 %	31	0,19 %
Cumul	15 274	100,00 %	16 033	100,00 %

Nb passages suivis d'une hospitalisation en 2007

	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul
Hospitalisé en Chirurgie pour motif médical	84	66	42	31	19	43	26	20	21	46	57	40	495
Hospitalisé sur lit réservé	39	17	3	10	25	2	3	5	5	8	1		118
Lit de crise											16	1	17
Secteur adapté, lit disponible	766	751	886	1 003	1 006	922	1 068	1 072	962	999	906	988	11 329
Secteur de Médecine inadapté	393	332	322	300	293	288	282	286	293	323	282	294	3 688
TOTAL MENSUEL	1 282	1 166	1 253	1 344	1 343	1 255	1 379	1 383	1 281	1 376	1 262	1 323	15 647

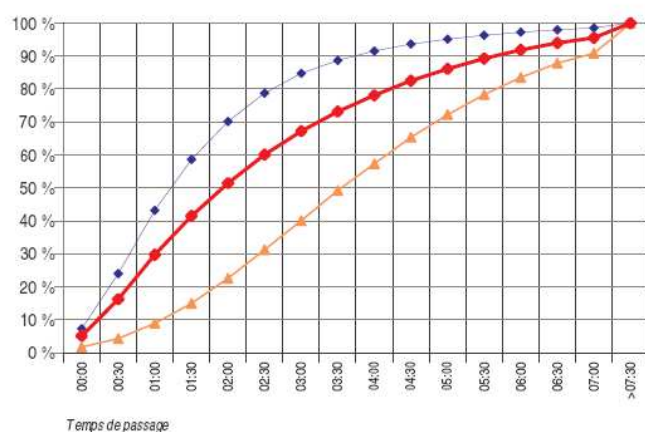


Nb passages aux urgences centrales par GEMSA en 2007

GEMSA	Nb gemsa	%
2 Patient non convoqué sortant après consultation ou soins	23 953	58,92 %
4 Patient non attendu dans un service et hospitalisé après son passage aux urgences	15 332	37,72 %
6 Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée	888	2,18 %
0 GEMSA non renseigné	239	0,59 %
3 Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale	195	0,48 %
5 Patient attendu dans un service ne passant aux urgences que pour des raisons d'organisation	27	0,07 %
1 Malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation	17	0,04 %
Somme:	40 651	100,00 %

Temps de passage aux urgences centrales

Pourcentages cumulés du nombre de passages par durée de passage



en heures	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul
Temps moyen pour une hospitalisation	4,4	4,1	4,2	4,1	4,4	4,1	4,0	4,0	4,1	4,0	4,3	4,2	4,2

en heures	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul
Temps moyen pour une consultation	2,1	2,1	2,0	2,0	2,2	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,1	2,0	2,0

en heures	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul
Temps moyen d'un passage aux urgences adultes	3,0	2,9	2,9	2,8	3,0	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	3,0	2,8	2,8

Nombre de déchocages en 2007

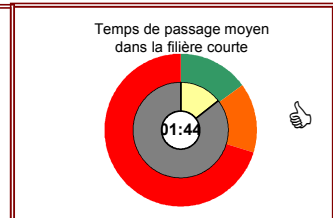
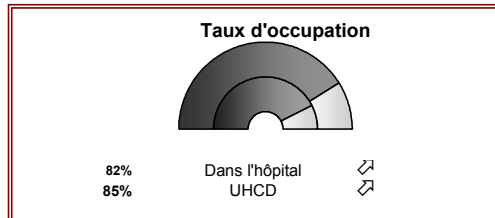
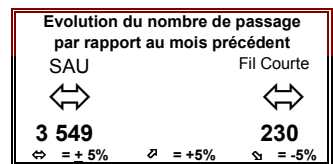
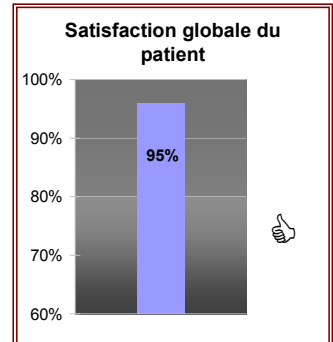
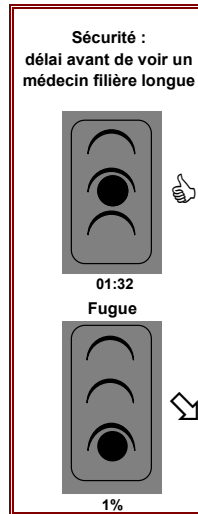
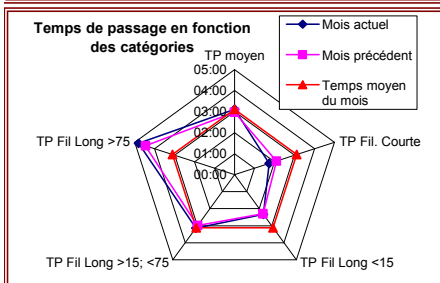
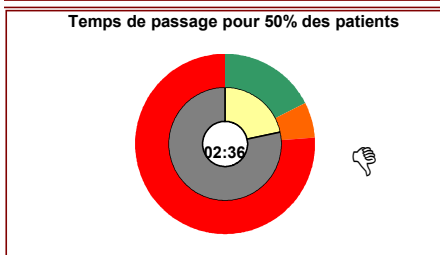
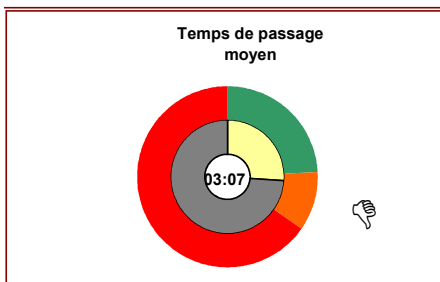
	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	Cumul
0101 URGENCE ACCUEIL DES MALADES					56	55	78	64	85	74	64	95	571
0103 UHCO ADULTES						1							1
0107 UNITE MED POST-ACCUEIL						1				1			2
0109 URGENCE ACCUEIL ENFANTS											1		1
0201 REA. POLYVALENTE								1					1
1411 ORL						1				1			2
1601 PNEUMOLOGIE 1						1		1				1	3
1602 PNEUMOLOGIE 2					1		1						2
1606 PNEUMOLOGIE H DE SEMAINE						1							1
2108 SOINS INT.CARDIOLOGIE 4							1				1		2
2313 CHIRURGIE VASCULAIRE 1											1		1
3103 MEDECINE INTERNE							1	1					2
3104 ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE					1			1			1		3
4103 HEMATOLOGIE					1							1	2
4104 NEUROLOGIE 1							1	1					2
4111 NEUROLOGIE VASCULAIRE 2						1	1				3		5
5101 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE 1							1		1				2
5111 RHUMATOLOGIE							1						1
5121 NEPHROLOGIE						3				1			4
5401 MEDECINE GERIATRIQUE 1								2		1			4
5402 MEDECINE GERIATRIQUE 2						1							1
TOTAL DECHOCAGES :					59	65	85	70	87	78	71	98	613



Tableau de bord du service – Centre Hospitalier de Troyes

Service des urgences du CH de Troyes

Mois de nov-2008

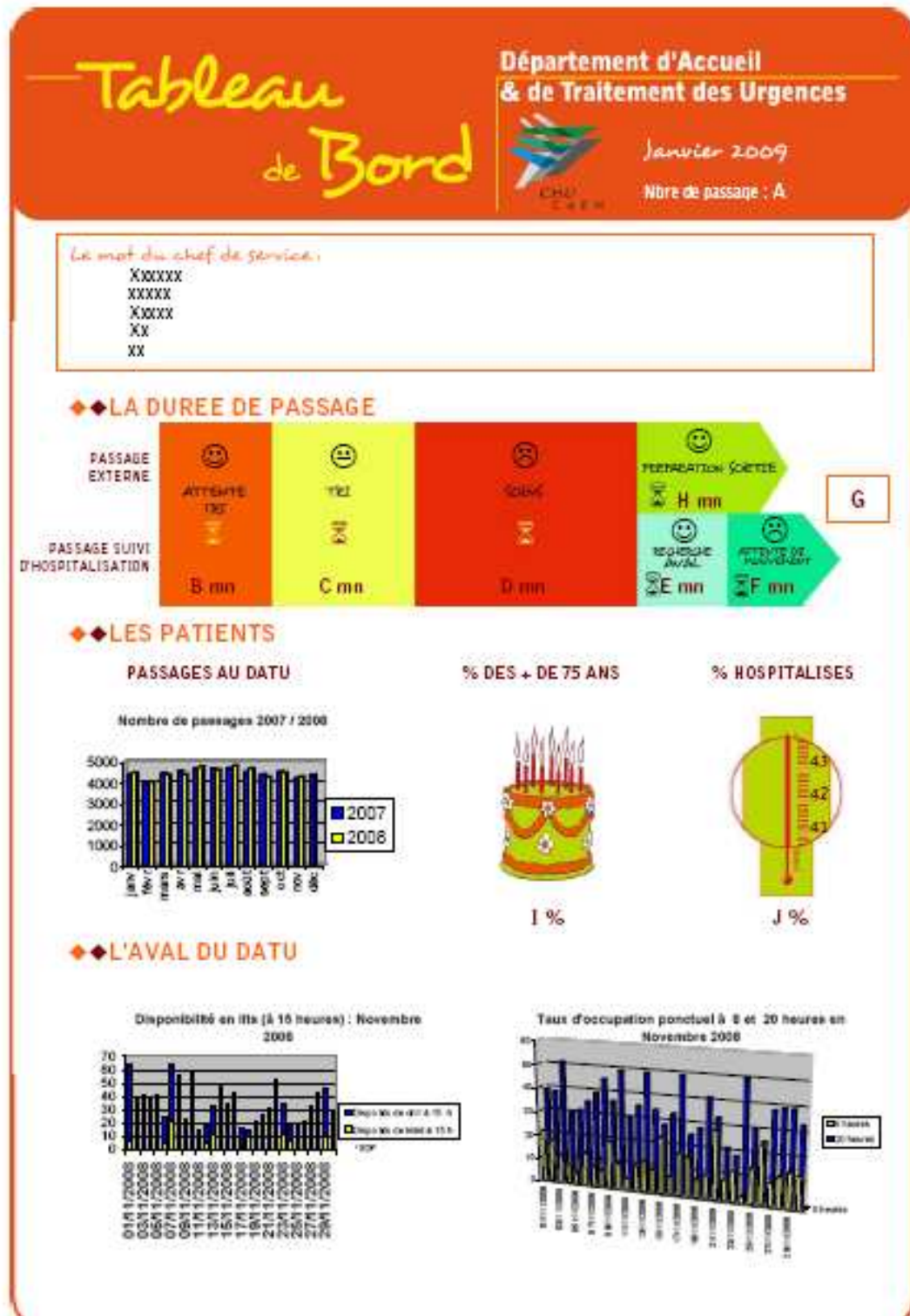


Action du mois : ouverture du CISU dès le matin

Imprimé le 10/03/2009



Tableau de bord du service – CHU de Caen





Anticiper la croissance d'activité par un modèle de projection d'activité

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Faire face à une croissance d'activité non anticipée
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Avoir un modèle simple qui permet d'anticiper le nombre de patients annuel qui arrivent au service des urgences
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> A partir de données historiques fiables, établir une projection de l'activité régulièrement mise à jour
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une base historique
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Comparer la main courante et les chiffres du DIM pour voir s'il n'y a pas trop d'écart. + / - 1 % est acceptable, Si plus, il faut analyser l'écart
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Saint Briec
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Simulation annuelle
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Sans objet

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique	X	

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique	X			



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Cadre de santé du service des urgences
- Médecin DIM
- Support possible de la direction informatique

La démarche

La première étape consiste à bâtir l'historique mensuel de l'activité du service.

Par exemple, historique de 2003 à 2005 :

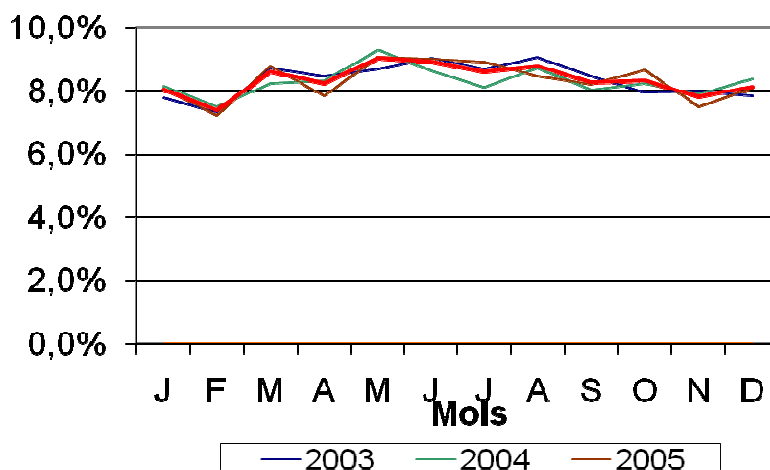
	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec	
2003													
Volume	1780	1675	1992	1933	1987	2067	1988	2073	1933	1820	1822	1790	22860
Cumulé	1780	3455	5447	7380	9367	11434	13422	15495	17428	19248	21070	22860	
% Historique	7,8%	7,3%	8,7%	8,5%	8,7%	9,0%	8,7%	9,1%	8,5%	8,0%	8,0%	7,8%	
% Historique Cum	7,8%	15,1%	23,8%	32,3%	41,0%	50,0%	58,7%	67,8%	76,2%	84,2%	92,2%	100,0%	
2004													
Volume	1864	1718	1887	1903	2122	1973	1859	1996	1840	1887	1808	1919	22776
Cumulé	1864	3582	5469	7372	9494	11467	13326	15322	17162	19049	20857	22776	
% Historique	8,2%	7,5%	8,3%	8,3%	9,3%	8,6%	8,1%	8,7%	8,0%	8,3%	7,9%	8,4%	
% Historique Cum	8,2%	15,7%	24,0%	32,4%	41,7%	50,3%	58,5%	67,3%	75,4%	83,6%	91,6%	100,0%	
2005													
Volume	1849	1660	2012	1793	2074	2060	2041	1938	1882	1982	1718	1850	22859
Cumulé	1849	3509	5521	7314	9388	11448	13489	15427	17309	19291	21009	22859	
% Historique	8,1%	7,3%	8,8%	7,8%	9,1%	9,0%	8,9%	8,5%	8,2%	8,7%	7,5%	8,1%	
% Historique Cum	8,1%	15,4%	24,2%	32,0%	41,1%	50,1%	59,0%	67,5%	75,7%	84,4%	91,9%	100,0%	

Une fois l'historique disponible, une première analyse permet d'étudier différents phénomènes comme :

- La saisonnalité
- La variation annuelle d'activité
- Etc.

L'historique ci-dessus montre une activité stable à 22 700 passages annuels sur la période 2003-2005. La décomposition mensuelle est intéressante, parce qu'elle donne le profil de la saisonnalité. Vu graphiquement, ceci donne :

Poids entrées par mois



Le modèle démontre qu'il y a une corrélation mensuelle sur les trois années de l'historique. Par exemple février est le mois le plus bas et, indépendamment de l'année, mai est le mois avec le plus d'activité avec toutefois un peu de variation. Pour juillet, il existe des variations de +/- 5 % qui pourraient s'expliquer par la météorologie de l'été (pluvieux ou ensoleillé).

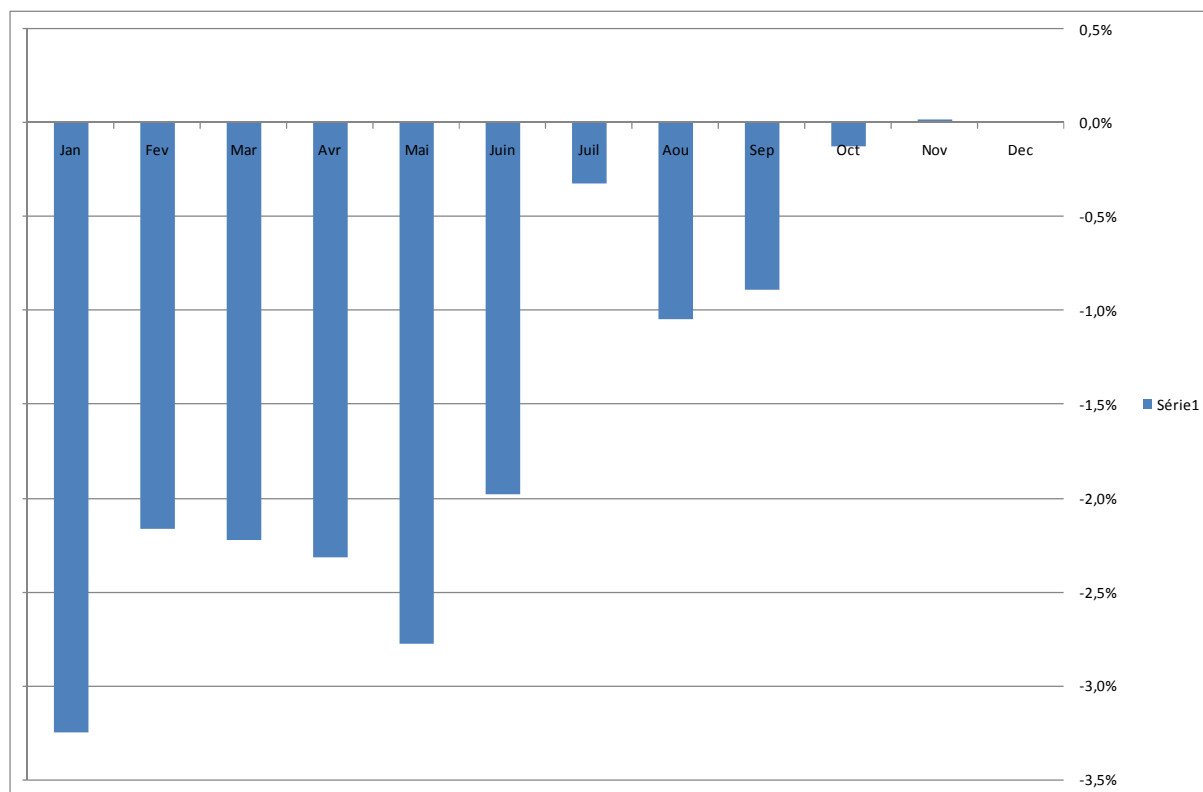


A partir de ces données, un modèle prévisionnel mensuel est construit. En utilisant le poids du mois historique cumulé en pourcentage, il est possible de faire une projection annuelle. Par exemple, en juin, les 12 113 passages représentent 50,15 % des 24 154 passages annuels. En utilisant le poids du mois comme constante, il est possible de créer un profil propre aux « habitudes » régionales. Un autre avantage, est que le modèle sert aussi à anticiper et définir si le service doit réaliser de nouveaux investissements ou non

2006	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Dec
Act du mois réalisé	1912	1800	2070	1973	2126	2232	2317	2034	2042	2187	1955	1995
Cumulatif réalisé	1912	3712	5782	7755	9881	12113	14430	16464	18506	20693	22648	24643
% historique	8,02%	7,38%	8,60%	8,22%	9,03%	8,91%	8,60%	8,77%	8,26%	8,31%	7,81%	8,12%
% historique cum	8,02%	15,40%	24,00%	32,22%	41,24%	50,15%	58,74%	67,51%	75,77%	84,08%	91,88%	100,00%
Projection annuel	23842	24109	24094	24072	23958	24154	24564	24386	24424	24612	24648	24643

J												
F	1 759											
M	2 051	2 074										
A	1 959	1 981	1 980									
M	2 152	2 176	2 175	2 173								
J	2 123	2 147	2 146	2 144	2 134							
J	2 049	2 072	2 071	2 069	2 060	2 076						
A	2 091	2 114	2 113	2 111	2 101	2 118	2 154					
S	1 968	1 990	1 989	1 987	1 978	1 994	2 028	2 013				
O	1 980	2 002	2 001	1 999	1 990	2 006	2 040	2 025	2 029			
N	1 862	1 882	1 881	1 880	1 871	1 886	1 918	1 904	1 907	1 922		
D	1 935	1 957	1 955	1 954	1 944	1 960	1 994	1 979	1 982	1 998	2 000	2 000

L'efficacité du modèle sur la projection annuelle démontre pour 2006, une incertitude à maximum de -3,2 %, toujours pour 2006 en sous-estimation. Le modèle devient encore plus précis après 6 mois.





Document

Simulation annuelle – Centre Hospitalier de Saint Brieuc

	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	Total
2003	2668	2322	2725	2883	2954	3091	3162	3196	2760	2808	2709	2728	34006
2004	2744	2521	2929	2824	3073	3069	3164	3254	2877	3056	2838	2973	35322
2005	3108	2689	3219	2887	3269	3153	3367	3504	3060	3241	2945	2980	37422
2006	3174	2739	3108	3405	3544	3413	3856	3562	3483	3589	3087	3198	40158
2007	3318	2909	3446	3577	3711	3132	3769	3698	3430	3717	3406	3423	41536
2008	3486												0
2009													-1
2010													-1
2011													-1

Obtenir une simulation annuelle

ESTIMATION FEVRIER 2008
3067

	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	Total
2003	2668	2322	2725	2883	2954	3091	3162	3196	2760	2808	2709	2728	
2004	2744	2521	2929	2824	3073	3069	3164	3254	2877	3056	2838	2973	
2005	3108	2689	3219	2887	3269	3153	3367	3504	3060	3241	2945	2980	
2006	3174	2739	3108	3405	3544	3413	3856	3562	3483	3589	3087	3198	
2007	3318	2909	3446	3577	3711	3132	3769	3698	3430	3717	3406	3423	
2008	3486	3067	3596	3620	3844	3544	4043	3967	3680	3894	3480	3529	
2009													0
2010													-1
2011													-1



Fiches de poste

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> Rôles et périmètres de responsabilité des professionnels pas toujours définis Glissement de tâches nécessitant une remise à jour des fiches de postes Apparition de nouveaux métiers ou nouvelles fonctions (coordinateurs de flux)
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Optimiser l'utilisation des ressources humaines et des moyens pour mieux adapter les compétences et prévoir la politique de recrutement. Sécuriser la prise en charge des patients grâce à une identification claire et précise des intervenants et de leur responsabilité. Servir de base dans le cadre d'évaluations annuelles du personnel
Description de l'action envisagée	<ul style="list-style-type: none"> Répertorier les postes à décrire et les regrouper par types Rechercher les éléments déjà existants au sein de la structure et à l'extérieur Définir et formater le support type de la description de poste Définir les modalités de recensement des informations et de formalisation des descriptions de poste Formaliser les premières versions des descriptions de poste et les faire valider par les titulaires en poste Faire l'analyse des descriptions de poste par un comité d'évaluation (DRH, directions opérationnelles) et ajuster les contenus Elaborer le référentiel de définitions de postes
Facteur de succès	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer les médecins et l'ensemble des acteurs. Communiquer sur les fondements des définitions de postes et sur la méthode de définition.
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> Faire vivre et actualiser les définitions de postes lors des évaluations de personnel et pour les recrutements Diffuser largement et communiquer sur les descriptions de poste de chacun.
SAU ayant mis en œuvre la BPO	<ul style="list-style-type: none"> Centre Hospitalier de Landerneau Centre Hospitalier de Laon Centre Hospitalier de Roubaix CHI Les hôpitaux du Léman Hôpitaux Drôme Nord
Outils ou documents	<ul style="list-style-type: none"> Accueil administratif Accueil secrétariat aux urgences Secrétaire médicale aux urgences Infirmier des urgences Infirmière Aide soignant Aide soignante Agent des services hospitalier Agent des services hospitalier Brancardier Interne en médecine aux Urgences Médecin des urgences Définition de poste du médecin SMUR
Pour aller plus loin ... autres BPO	<ul style="list-style-type: none"> Partager et définir les règles de fonctionnement du service d'accueil des urgences

	Mise en œuvre rapide	Mise en œuvre longue
Délai de mise en place de la bonne pratique		X

	Faible	Moyenne	Forte	Très forte
Complexité de mise en place de la bonne pratique		X		



Démarche de mise en place de la bonne pratique

Les acteurs

- Direction des ressources humaines
- Direction des affaires médicales
- Chef de service des urgences
- Cadre de santé
- Personnel du service des urgences

La démarche

La démarche opérationnelle préconisée suit sept étapes.

1. Répertorier les postes à décrire et les regrouper par types
2. Rechercher les éléments déjà existants au sein de la structure et à l'extérieur
 - Ebauche de description de poste déjà rédigée dans les services, par la DRH, etc.
 - Nomenclatures existantes
 - Référentiel élaboré par d'autres structuresUne analyse critique des documents recensés doit être réalisée.
3. Définir et formater le support type de la description de poste
 - Contenu à y trouver
 - Niveau de détail attendu
 - Etc.
4. Définir les modalités de recensement des informations et de formalisation des descriptions de poste
 - Préparer et former les intervenants :
Option 1 : formation - action à la description de postes d'un groupe restreint de personnes (cadres et DRH) qui sera chargé de décrire les postes retenus :
 - prise en main du support
 - entraînement à la description de poste
 - consignes et règles de démultiplicationOption 2 : formation - action à la description de postes des cadres managers et de proximité qui seront chargés de décrire les postes dans leur service
 - Décrire les postes :
La description du poste peut se faire, à partir de la méthodologie transférée :
 - soit, par entretien individuel avec le titulaire, pour les postes spécifiques
 - soit, en réunion de travail regroupant des titulaires occupant des postes semblables dans des services différents ou des postes proches
5. Formaliser les premières versions des descriptions de poste et les faire valider par les titulaires en poste
6. Faire l'analyse des descriptions de poste par un comité d'évaluation (DRH, directions opérationnelles) et ajuster les contenus
7. Elaborer le référentiel de définitions de postes.



Documents

Accueil administratif – Hôpitaux Drôme Nord

FICHE DE POSTE Accueil Administratif			
MISSION PRINCIPALE	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un recueil correct des données administratives des patients Assurer une réception et transmission des appels téléphoniques adaptée 	SERVICE	Structure du SAU
RELATIONS	<ul style="list-style-type: none"> Hiérarchiques : cadre de santé, DRH Fonctionnelles : Professionnels des services des urgences, des autres services du centre hospitalier 	EXIGENCES DU POSTE	<ul style="list-style-type: none"> Respect du secret professionnel Respect des droits du patient. Répondre aux obligations en se conformant à la fiche de poste
ACTIVITES DU POSTE			
<p><u>Accueillir - Enregistrer – Tracer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Avoir une attitude sereine et accueillante Travailler sous la responsabilité et en partenariat avec IOA et / ou MAO. Recueillir les données administratives nécessaires au dossier du patient. Les données somatiques et/ou psychiatriques seront collectées par l'IOA ou le MAO. Informers les familles sur les délais d'attente et sur la localisation du patient en concertation avec l'IOA et / ou le MAO <p><u>Préparer (photocopies) les dossiers pour :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Avis spécialisé Mutation dans les services Transfert sur établissements extérieurs 		<p><u>Préparer avant signature des médecins les :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bons de transports Arrêts de travail (maladie et accident du travail) Certificats de passage Noter sur un cahier les certificats divers à envoyer aux patients qui seront dictés ultérieurement par les médecins. Appeler les ambulances en spécifiant le mode de transport suivant la demande de l'IOA ou du MAO. Renseigner OURAL chaque jour avant 13 h. Actualiser le tableau de garde chaque matin. Coter les dossiers en fonction des actes réalisés par les médecins avant la facturation. 	



Accueil secrétariat aux urgences – CHI Les hôpitaux du Léman

FICHE DE FONCTION

Secteur d'activité	Urgences – S.M.U.R. – U.H.C.D.	
Site	Thonon	
Fonction	Accueil - Secrétariat	
Horaire	De 8h à 22h	Fiche : validée par ... le ...

HORAIRES	SCHEMA D'ORGANISATION
	<p><u>Rappel de l'objectif :</u> Décharger l'I.O.A. des tâches administratives afin de recentrer ses activités sur les soins en zone d'accueil (Evaluation du niveau de gravité, prise des paramètres vitaux, soins immédiats...) Un(e) I.O.A. est présent(e) de 8h à 22h 7 jours sur 7.</p>
En semaine :	
8h00 – 17h30	<p><u>Secrétaire 1 :</u></p> <p>Prend en charge l'accueil administratif des patients et le recouvrement de 8h00 à 12h30 (dans le local d'accueil)¹</p> <p>Puis assure les tâches de secrétariat pour le SAU de 13h00 (au retour de déjeuner) jusqu'à 17h30 (dans le bureau des secrétaires au SAU)</p>
8h00 – 17h30	<p><u>Secrétaire 2 :</u></p> <p>Assure les tâches de secrétariat de l'UHCD et de la réanimation (dans le bureau des secrétaires à l'UHCD ou en réanimation)</p>
10h30 – 22h00	<p><u>Agent du Bureau des Entrées :</u></p> <p>Effectue les tâches de gestion de 10h30 à 12h00 (dans le bureau des secrétaires au SAU)</p> <p>Puis assure l'accueil administratif des patients et le recouvrement de 12h30 (au retour de déjeuner) jusqu'à 22h (dans le local d'accueil)²</p>

¹ L'I.O.A. occupe le 2^{ème} poste de travail du local d'accueil

² La saisie des identités de 22h à 8h le lendemain matin est assurée par le personnel soignant (saisie dans URQUAL)



Le week-end :	
8h00 – 12h30	<u>Secrétaire :</u> Prend en charge l'accueil administratif des patients et le recouvrement de 8h00 à 12h30
12h30 – 22h00	<u>Agent du Bureau des Entrées :</u> Prend en charge l'accueil administratif des patients et le recouvrement de 12h30 à 22h00 ³
	N.B. : La secrétaire et l'agent du B.E. peuvent assurer les tâches courantes de secrétariat ou de gestion en fonction du niveau d'activité

PERSONNEL	ACTIVITES
Secrétaires et Agents du B.E.	<u>Accueil administratif des patients et recouvrement :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil des patients⁴ • Création des dossiers sur GAM : <ul style="list-style-type: none"> - Saisie de l'identité, des coordonnées du patient, et de son entourage (autorité parentale, employeur, personne à prévenir...) - Saisie des informations débiteurs à partir de documents ou de la lecture de la CV (sécurité sociale, mutuelles...) - Prise des autres renseignements administratifs : personnes à prévenir (mineur...), 2^{ème} adresse... • Assure les encaissements directs des soins externes : tickets modérateurs ou totalité des actes (pour les non assurés sociaux, étrangers)
Agents du B.E.	<u>Tâches de gestion :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vérification des identités saisies au cours de la nuit • Gestion des dossiers auprès des débiteurs
Secrétaires	<u>Secrétariat SAU :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Délivrance des certificats (arrêts de travail, certificat de présence, dispense de sport, certificats de décès...) • Récupération des résultats de biologie et des radios et envoi aux patients • Retour des dossiers aux archives • Archivage de certains documents spécifiques aux urgences (bordereaux de morsure, décharges de soins...)
Secrétaires	<u>Secrétariat UHCD-REA :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Comptes-rendus d'hospitalisation • Saisie des actes médicaux • Classement de dossiers

³ La saisie des identités de 22h à 8h le lendemain matin est assurée par le personnel soignant (saisie dans Crossway ou URQUAL)

⁴ En cas de besoin les agents du B.E. ou les secrétaires sollicitent l'I.O.A. et/ou le M.A.O.



Secrétaire médicale aux urgences – Centre Hospitalier de Laon

PROFIL DE FONCTION : Secrétaire médicale au SAU

Mission du service :

Accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont une prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgences lourdes ou d'urgences relatives.

Type de pathologies les plus fréquemment rencontrées :

- Cardiovasculaire : crise d'angor, infarctus, phlébite, embolie pulmonaire, troubles du rythme, malaises
- Cardiorespiratoire : décompensation cardiorespiratoire, OAP.
- Respiratoire : asthme, pneumothorax, pneumopathie, dyspnée
- Psychiatrique : tentative de suicide, troubles du comportement, dépression
- Neurologique : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), crise d'épilepsie.
- Endocrinologie : diabète
- Traumatologie : Traumatisme crânien, AVP prise en charge des polytraumatisés, fracture, luxation, entorse, contusions diverses, chutes.
- Digestive : hémorragie digestive.
- Urologie : coliques néphrétiques, rétention urinaire, etc.
- Chirurgicale : appendicite, sigmoïdite, pancréatite, etc.
- ORL : épistaxis, baisse acuité auditive, corps étranger, etc.
- Ophtalmologie : traumatisme de l'œil, corps étranger, etc.
- Accidents domestiques et accidents de travail
- Morsures de chien (Antenne Rabique du département)
- Placement des personnes âgées, prise en charge des cas sociaux.
- Violence, agression, etc.
- Alcoolisme, toxicomanie

Le personnel :

- 1 secrétaire à 80%
- 1 agent administratif à 70%

Les horaires :

- Lundi- Mardi : 8h30-17h30
- Mercredi- Jeudi- Vendredi : 8h30-16h30
- Samedi : 9h00-12h00

Compétences requises :

- Communication - relation.
- Connaissance précise de sa fonction et de ses limites.
- Maîtrise des termes médicaux et pathologies rencontrées.
- Connaissance des systèmes de prise en charge sociale.
- Maîtrise parfaite de l'outil informatique.
- Disponibilité.
- Sens de l'organisation.
- Connaissance géographique et organisationnelle de l'institution.

Relation et communication

Patients, familles ou accompagnants

- Adopter une attitude qui facilite l'accueil et instaurer une relation personnalisée en s'adaptant aux situations et aux personnes.



- Être à l'écoute des usagers et contribuer à les rassurer en instaurant un climat de confiance.
- Participer à l'information du patient et de sa famille, ou des accompagnateurs, en fournissant des renseignements dans les limites de sa fonction et/ou en transmettant les demandes ou en dirigeant les usagers vers les personnes compétentes.
- Informer si besoin les usagers sur les circuits, les procédures du service, l'attente.
- Respecter le secret professionnel.

Equipe

- Connaître et respecter les fonctions des différents partenaires.
- Travailler en collaboration avec chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire.
- Effectuer des transmissions orales et écrites précises.
- Transmettre aux personnes compétentes toute information utile à la prise en charge globale du patient.

Hiérarchie et institution

Hiérarchie

- Savoir analyser et exposer ses idées sur les problèmes rencontrés dans l'exercice de sa fonction.
- Accepter de se remettre en question pour progresser.

Institution

- Entretien de bonnes relations avec tous les services de l'Établissement et les divers interlocuteurs. Contribuer à promouvoir l'image de marque du service.
- Faire preuve de discrétion professionnelle.
- Collaborer aux projets de service et d'établissement.

Intervenants extérieurs (ambulanciers, police, médecins de ville...)

- Instaurer et entretenir des relations courtoises afin de donner une image positive du service et de l'établissement.
- Préserver l'intimité des personnes soignées et faire respecter leurs droits.

Nouveaux agents, stagiaires

- Faciliter l'intégration du nouveau personnel par un accueil de qualité et une information adaptée (dans les limites de sa fonction).
- Participer à leur encadrement et contribuer à leur apprentissage dans les limites de son domaine de compétences.
- Participer à leur évaluation.

Technicité

a) Gestion des passages externes

Liaison avec le B.A.C. :

- Pour régularisation PASTEL : signalement des passages au BAC et des passages pour réfection de pansement en dehors des heures d'ouverture de celui-ci.
- Codification des actes et signalement des actes radio et labo.
- Transmission des procédures déclaratives de 100%.
- Recherche et/ou vérification de l'adresse des consultants par le système informatisé Résurgence ou aux archives.

Transmission journalière des radio à interpréter et récupération (irrégulière selon activité en radiologie) des interprétations à reclasser dans les dossiers après vérification.

Classement des examens et archivage des dossiers médicaux :

- Récupération des différents examens, et redistribution dans les dossiers.
- Classement des dossiers par N° de dossiers avant archivage.

Prise de rendez-vous : pour les consultations de chirurgie, et préparation des dossiers présents au SAU à transmettre .

b) Relation SAU / VILLE / UNITES DE SOINS



- Courrier aux médecins libéraux ou hospitaliers de patients adressés (hospitalisés, externes ou lits-porte)
 - Toute information médicale (diagnostic, traitement, compte-rendu d'examen)
 - Frappe de protocoles médicaux ou infirmiers du service
 - Frappe et envoi des tableaux de garde des médecins du SAU.
 - Suppression des passages SAU des patients orientés vers la maison médicale.
- c) Gestion de l'antenne antirabique
- Régularisation PASTEL et codification des actes
 - Tenue du registre
 - Suivi des dossiers de vaccination
 - Statistiques Institut Pasteur
- d) Gestion des transferts et décès
- Rum pour le DIM
 - Codification d'actes pour le BAC
 - Classement des radios - examens et archivage des dossiers
 - Tri et réintroduction des dossiers lits-portes dans les dossiers archivés des patients, après frappe des courriers si nécessaire.
- e) Saisie informatique de tous les passages (H. E. transferts, décès)
- Préparation SEGUR : étude de la charge en soins infirmiers
 - Entrée des données PICARMED en l'absence de la cadre de l'unité.
 - Statistiques mensuelles et annuelles des passages au SAU pour le service des finances.
- f) Gestion de toute demande de documents
- Préparation des certificats médicaux (AT, AVP, sport, scolaire, décès...)
 - Recherche et préparation des radios externes demandées par les patients.
 - Recherche des documents personnels susceptibles d'être restés dans le dossier des patients en cas de perte ou de vol.
 - Bon de transport.
 - Transfert informatique de tous les dossiers sortis du SAU vers les unités receveuses.
- g) Gestion des stocks et du matériel
- Création des maquettes (courrier, certificats, formulaires...)
 - Gestion des stocks de tous les certificats et formulaires
 - Gestion des fournitures de bureau et informatique (encre, souris informatique...)
 - Gestion du matériel de secrétariat (fonctionnement, maintenance...)
 - Gestion informatique de Résurgences en cas de problème.
- h) En partenariat avec l'I.A.O.
- Apporter de l'aide en cas de nécessité
 - Gestion des appels téléphoniques
 - Accueil des patients et des familles
 - Préparation des dossiers à l'arrivée des patients
 - Recherche d'antériorité du patient
- Organisation
- Développer le travail en collaboration avec les autres partenaires (Médecins, I.D.E., A.S., agent administratif...).
 - Participer aux projets visant à améliorer le fonctionnement du service et la qualité des prestations



Infirmier des urgences – Centre Hospitalier de Landerneau



centre hospitalier "Ferdinand - Grall"
B.P. 719 - 29207 LANDERNEAU CEDEX

Profil de poste

INFIRMIER

Emetteur :
Réf. du service :
Version :
Date :
Pages :
Mise à jour :

IDENTIFICATION DU POSTE

■ **FONCTION** : Infirmier(e)

■ **GRADE** : infirmier(e) diplômé(e) d'état

■ **POSITION DANS LA STRUCTURE** :

- **Liaison hiérarchique** :
 - Cadre de santé
 - Cadre supérieur de santé
 - Directeur des soins
- **Liaisons fonctionnelles** :
 - Equipe médicale
 - Equipe paramédicale (IDE – AS – ASH)
 - Agents administratifs / secrétaires médicales
 - Assistante sociale

■ **HORAIRES**

- 6 h 30 / 14 h 30
- 9 h / 17 h (du lundi au samedi)
- 11 h / 19 h (dimanche et jour férié)
- 12 h 30 / 20 h (du lundi au samedi)
- 13 h 30 / 21 h
- 20 h 45 / 6 h 45

■ **PARTICULARITES DE LA FONCTION**

Jour

Nuit

Week-ends & Fériés

■ **MISSIONS PRINCIPALES**

Accueillir 24 heures sur 24 heures tout patient se présentant dans le service pour des soins immédiats, qu'il s'agisse d'urgence vraie ou d'une urgence ressentie.



ACTIVITES DU POSTE

- Recueillir des données cliniques, des besoins et des attentes de la personne et de son entourage.
- Réaliser des soins infirmiers et accompagner le patient et son entourage
- informer et éduquer le patient et son entourage
- Accueillir et assurer l'encadrement pédagogique des étudiants, stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité.
- Gérer et contrôler les produits, matériels et des dispositifs médicaux.

COMPETENCES REQUISES

■ FORMATION ET QUALIFICATION

- Etre titulaire d'un diplôme d'état d'infirmier

■ EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET CONNAISSANCES PARTICULIERE

- Réaliser les actes techniques qui relèvent du rôle « prescrit » et les soins relevant du rôle « propre » en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques
- Savoir identifier les urgences vraies et réagir de façon adaptée
- Savoir identifier les urgences relatives et y apporter des réponses adaptées, prendre en charge les familles. Créer une relation de confiance
- Maîtriser les situations difficiles et génératrices de stress
- S'adapter au turn-over, aux populations
- Appliquer les protocoles médicaux
- Avoir des capacités d'organisation
- Etre polyvalent face à la multiplicité des pathologies reçues

■ QUALITES - APTITUDES

- Faire preuve de calme, de discrétion, de tolérance, de courtoisie, de politesse.
- Se montrer rassurant, respectueux de la dignité et de l'intimité d'autrui
- Avoir le sens de l'écoute et de la compréhension
- Etre diplomate
- Etre disponible
- Etre apte à gérer plusieurs patients en même temps ainsi que leur famille

ORGANISATION DU POSTE - Fiches horaires

■ Organisation commune à tous les horaires

Transmissions	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ transmissions avec équipe pour patients urgences et UHTCD ➤ lire cahier de transmissions : cahier de vie et agenda « tête de linotte » ➤ le matin à 9h : point quotidien animé par le cadre de santé 	
Temps de pause	



- 15 minutes de pause « café »
- 30 minutes de temps de repas

■ **DU LUNDI AU SAMEDI**

6 H 30 – 14 H 30	
6 h 30	➤ prendre les téléphones xxxx et yyyy
prise en charge des patients UHTCD et des urgences jusqu'à 9h	
6 h 45 → 9 h 00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ traçabilité de la température du frigo de la salle de soins ➤ vérification des 5 chariots de soins si non faits par l'IDE de nuit ➤ vérification des chariots ORL/Ophtalmo. et suture ➤ en salle de plâtre : vérification du chariot et du matériel ➤ vérification du chariot UHTCD positionné en salle de soins ➤ vérification du chariot I.O.A. positionné à l'accueil ➤ réapprovisionner en imprimés les salles de soins ➤ faire les commandes de matériel, vérification du matériel (cf. agenda)
Prise en charge des patients de l'UHTCD	
9 h 00 → 14 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ remettre le téléphone « xxxx » à l'IDE qui arrive à 9 h ➤ vérification et mise à jour des dossiers ➤ mise à jour des traitements – soins horaires ➤ organiser les sorties ou transferts des patients (appel famille, fiche de liaison...) ➤ en fonction de l'activité : aide côté « urgence » si besoin ➤ transmissions à l'IDE de 13 h 30 qui prend le relais de l'UHTCD – remise du téléphone ➤ pause repas
14 h 30	Fin de journée

9 H - 17 H	
9 h	➤ prendre les téléphones xxxx
Prise en charge des patients côté « Urgences »	
9 h – 12 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre le téléphone « xxxx » ➤ I.O.A. jusqu'à 12 h 30
12 h 30 →	<ul style="list-style-type: none"> ➤ remise du téléphone à l'IDE de 12h30 ➤ après pause repas prise en charge des patients côté « urgences ➤ gestion de la pharmacie : récupérer les chariots et rangement de la pharmacie
17 h	Fin de journée

12 H 30 - 20 H	
Prise en charge des patients côté « Urgences »	
12 h 30 → 20 h	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prendre le téléphone « xxxx » ➤ I.O.A. (cf. profil de poste : organisation du poste)
20 h 00	Fin de journée

13 H 30 - 21 H	
Prise en charge des patients de l'UHTCD	
13 h 30 → 20 h	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prendre le téléphone « xxxx » ➤ installation des patients en chambre ➤ mise à jour des traitements – soins horaires ➤ organiser les sorties ou transferts des patients (appel famille, fiche de liaison...) ➤ en fonction de l'activité : aide côté « urgence » si besoin



20 h 00 → 21 h	<ul style="list-style-type: none"> ➤ transmissions avec l'IDE de 12 h 30 – récupération du téléphone yyyy ➤ prise en charge des patients UHTCD et Urgences ➤ avant de partir : éteindre les 2 téléphones et les reposer sur le socle
21 h	Fin de journée

■ **DIMANCHE ET JOUR FERIE**

6 H 30 – 14 H 30	
prise en charge des patients UHTCD et des urgences jusqu'à 11 h	
6 h 45 → 11 h 00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prendre les téléphones « xxxx » et « yyyy » ➤ Traçabilité de la température du frigo de la salle de soins ➤ vérification des 5 chariots de soins si non faits par l'IDE de nuit ➤ vérification des chariots ORL/Ophtalmo. et suture ➤ en salle de plâtre : vérification du chariot et du matériel ➤ vérification du chariot UHTCD positionné en salle de soins ➤ vérification du chariot I.O.A. positionné à l'accueil ➤ réapprovisionner en imprimés les salles de soins
Prise en charge des patients de l'UHTCD	
11 h → 14 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ remettre le téléphone « xxxx » à l'IDE de 11h00 ➤ vérification et mise à jour des dossiers ➤ mise à jour des traitements – soins horaires ➤ organiser les sorties ou transferts des patients (appel famille, fiche de liaison...) ➤ en fonction de l'activité : aide côté « urgence » si besoin ➤ remise du téléphone l'I.D.E. de 13h30 qui prend le relais de l'UHTCD ➤ pause repas
14 h 30	Fin de journée

11 H - 20 H	
Prise en charge des patients côté « Urgences »	
11 h → 20 h	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prendre le téléphone « xxxx » ➤ I.O.A. (cf. profil de poste : organisation du poste)
20 h	Fin de journée

13 H 30 - 21 H	
Prise en charge des patients de l'UHTCD	
13 h 30 → 20 h	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prendre le téléphone « xxxx » ➤ installation des patients en chambre ➤ mise à jour des traitements – soins horaires ➤ organiser les sorties ou transferts des patients (appel famille, fiche de liaison...) ➤ en fonction de l'activité : aide côté « urgence » si besoin
20 h 00 → 21 h 00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ récupération du téléphone yyyy au départ de l'IDE de 12 h 30 ➤ prise en charge des patients UHTCD + Urgences ➤ avant de partir éteindre les 2 téléphones et les reposer sur leur socle
21 h	Fin de journée



Infirmière – Centre Hospitalier de Laon

PROFIL DE FONCTION : INFIRMIERE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

I – PRESENTATION DE L'UNITE

L'installation du service d'accueil des urgences dans de nouveaux locaux a eu lieu en février 1999. C'est une nouvelle structure spacieuse, conviviale, adaptée à nos besoins actuels et à ceux de la population que nous accueillons.

A – Le service comporte quatre secteurs distinctifs

1 – Le poste d'accueil et de prise en charge des patients et de leur famille. C'est là où se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation. A proximité, se trouve le secrétariat administratif, le secrétariat médical et la salle d'attente.

2 – Le secteur lourd ou salle d'urgences (3 postes).

Les patients porteurs d'une pathologie lourde ou risquant de s'aggraver y sont orientés.

3 – Le secteur urgences légères

- 4 boxes d'examen (1 poste par box) pour la prise en charge des pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques.
- 1 grande salle de plâtre (2 postes) pour l'activité des consultations du SAU (petite traumatologie) et de Chirurgie
- 1 salle de petite intervention (1 poste) pour la prise en charge de la petite chirurgie (sutures).
- 1 salle polyvalente pour les soins externes, soins programmés (ex : pansements) (1 poste).

4 – Secteur d'hospitalisation de courte durée :

- 4 chambres à 1 lit. C'est une structure d'hospitalisation à accès simple et rapide sans attente prolongée d'un lit d'hospitalisation.

Taux d'occupation des lits : 96.9 %

Durée moyenne de séjour : 1,3 j

B – COMPOSITION DE L'EQUIPE MEDICALE

Chef de service : Docteur LEMAIRE-NANNI Emmanuella

Médecins Praticiens Hospitaliers : Dr MENOT, Dr POLESE, Dr RAVELOARIMISY, Dr MAZLOUM et Dr LOBJOIS.

4 médecins assistants travaillent par roulement de 24 heures.

Interne sur la journée : 8 H - 18 H 30.

En garde à partir de 18 H 30 jusqu'à 8 H

- 1 Praticien Hospitalier.
- 1 médecin assistant
- 1 interne de médecine du lundi au vendredi
- 1 interne de médecine le samedi, dimanche et jours fériés
- 1 interne de chirurgie (SAU + BLOC)

C – COMPOSITION DE L'EQUIPE PARAMEDICALE

Cadre infirmier (surveillante de l'unité) : Mme TRIFFAUX Anne-Sophie

Infirmières : 21,4 équivalent temps plein

Aides-soignantes : 11 agents temps plein



Brancardiers : 7 agents temps plein
ASH : 2 agents mi-temps des services hospitaliers - 2 CES entretien ménage
Secrétaire : 1,5 agent

D – AUTRES INTERVENANTS

Le SAU travaille en collaboration interne avec :

- L'assistante sociale
- Les agents administratifs
- Tous les médecins spécialistes du centre hospitalier (chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs, cardiologues, diabétologues, gastro-entérologues, gériatres, psychiatres, neurologues, etc.)
- Psychiatrie (UPL) Le SAU travaille en partenariat avec l'unité d'hospitalisation de psychiatrie de proximité. L'équipe infirmière de UPL apporte son concours 24H/24 à la prise en charge des urgences psychiatriques du SAU.

En collaboration externe avec :

- SAMU, Sapeurs-pompiers, ambulanciers, police, etc.

E – TYPE DE PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES

- Cardiovasculaire : crise d'angor, infarctus, phlébite, embolie pulmonaire, troubles du rythme, malaises
- Cardiorespiratoire : décompensation cardiorespiratoire, OAP.
- Respiratoire : asthme, pneumothorax, pneumopathie, dyspnée
- Psychiatrique : tentative de suicide, troubles du comportement, dépression
- Neurologique : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), crise d'épilepsie.
- Endocrinologie : diabète
- Traumatologie : traumatisme crânien, AVP prise en charge des polytraumatisés, fracture, luxation, entorse, contusions diverses, chutes.
- Digestive : hémorragie digestive.
- Rénales : coliques néphrétiques
- Chirurgicales : appendicite, sigmoïdite, pancréatite, etc.
- ORL : épistaxis, baisse acuité auditive, corps étranger, etc.
- Ophtalmologie : traumatisme de l'œil, corps étranger, etc.
- Accidents domestiques et accidents de travail
- Morsures de chien (Antenne Rabique du département)
- Placement des personnes âgées, prise en charge des cas sociaux.
- Violence, agression, etc.
- Alcoolisme, Toxicomanie.

F – PROFIL PARTICULIER DES PATIENTS ACCUEILLIS

Le Service d'Accueil des Urgences prend en charge une population confondue d'adultes, d'enfants et de personnes âgées.

- 20 % des patients entrant au SAU sont dirigés vers les services d'hospitalisation.
- 75 % sont des passages de consultations externes.
- 5 % sont des patients orientés en UHCD.

Les urgences médicales pédiatriques sont adressées en pédiatrie. Le SAU ne prenant en charge que la traumatologie, les sutures et tous les enfants adressés personnellement à un chirurgien.

Le service connaît un turn-over important de patients (68 passages en moyenne par jour).

G – PARTICULARITES D'ORGANISATION DE L'UNITE

Deux réunions de service ont lieu dans l'année sous la direction du médecin chef de service et du cadre infirmier. Des réunions d'équipe sont organisées avec le cadre infirmier.



II – FONCTIONNEMENT DE L'UNITE

A – EFFECTIFS PAR POSTE, REPARTITION ET HORAIRES DE TRAVAIL

Travail en 12 heures, 7 jours/7

Jour : 4 IDE (2 IDE de 6 h 45 à 19 h et 2 IDE de 8 h à 20 h) – 3 AS la semaine et 2 le week-end – 1 ou 2 brancardiers – 1 ASH

Nuit : 3 IDE de 18 h 45 à 7 h – 1 AS – 1 brancardier

C – REGLES D'ELABORATION DES PLANNINGS

Le planning des IDE est élaboré par le cadre de l'unité en tenant du cycle de travail et est porté à leur connaissance quinze jours au moins avant son application.

La répartition des infirmières par secteur est inscrite sur le planning de jour comme de nuit.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente (classeur vert mis à leur disposition).

D – PROGRAMMATION DES CONGES ANNUELS.

- Vacances scolaires : les congés sont répartis de la façon la plus équitable possible sur l'année, à tour de rôle et en fonction des demandes
- Vacances d'été : leurs prévisions font l'objet d'une réunion préalable en début d'année. C'est une concertation et une négociation avec l'équipe. Un roulement sera organisé sur 4 ans, sauf meilleur accord, afin de permettre aux agents de bénéficier à tour de rôle des différentes périodes.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente.

E – REGLES ET OUTILS DE FONCTIONNEMENT

Les IDE travaillent en binôme avec les AS, elles travaillent par roulement sur les 4 secteurs.

- Secteur A : accueil
- Secteur B : salles d'urgences + lits-porte
- Secteur C : salles 1 et 6 + Bloc
- Secteur D : salles 2 – 3 – 4 et 5

Elles ont chacune la charge d'un secteur de responsabilités (classeur des tâches en poste de soins).

Exemple : matériovigilance, liste de contrôle du matériel médical, gestion du matériel stérile, gestion des salles d'examen, etc.

Elles disposent d'un classeur de protocoles de soins et de procédures infirmières. Dans les lits-porte, elles organisent les soins à partir d'une planification murale.

III – MISSION DU POSTE

1 – Technicité

- Appliquer les procédures et protocoles spécifiques au service dans les limites de sa fonction.
- Evaluer le degré d'urgence et identifier rapidement les problèmes de santé et les besoins psychologiques et sociaux du patient.
- Participer à la mise en œuvre des thérapeutiques et des examens, contribuer à la surveillance du patient et à l'établissement du diagnostic clinique.
- Faire face aux situations d'urgence avec maîtrise et efficacité.
- Effectuer des transmissions orales et écrites pertinentes en utilisant tous les outils et supports de communication du service.
- Participer aux actions de prévention et d'éducation de la santé.

Spécificité du poste IAO de jour :

- Evaluation immédiate à l'arrivée du patient des besoins en soins.
- Orientation et aide à l'installation du patient en salle de soins correspondant à sa pathologie.
- Gestion du dossier d'entrée informatisé RESURGENCES du patient.
- Gestion du registre des entrées du SAU.
- Gestion du stress et de l'anxiété des patients et de leurs accompagnants.
- Relais d'information avec la personne qui prend le patient en charge.
- Visualisation du déroulement de la consultation et des soins dispensés (relation permanente entre les



médecins et infirmières effectuant les soins et répercussion des informations aux accompagnants).

- Contrôle du moyen de sortie du patient (retour à domicile)
- Gestion du tableau des lits vacants dans l'établissement (afin de faciliter l'orientation des patients vers les unités de soins). Ceci à partir de la feuille de disponibilité des lits des unités de soins.

Spécificité du poste IAO de nuit :

- L'IAO arrive à 18h45 et commence par prendre les transmissions de sa collègue de déchoquage pour les patients hospitalisés en UHCD, va se présenter aux dits patients et effectue un premier tour de surveillance.
- Puis elle prend ses transmissions de sa collègue IAO de jour pour la nuit. Elle assurera la surveillance de l'accueil et des patients des lits portes pour toute la nuit.
- Selon l'activité en UHCD, sa charge de travail peut basculer sur le secteur externe, avec sa collègue.

2 – Relation – Communication

- Faciliter l'accueil et donner les informations par rapport à la situation rencontrée.
- Dédramatiser la situation et rassurer en toutes circonstances, le patient et sa famille (ou les accompagnants) et gérer efficacement des situations difficiles ou conflictuelles.

3 – Organisation et gestion

- Se sentir à l'aise face à un flux important de patients et à différents modes de prise en charge.
- Utiliser de façon optimale le dossier de soins.
- Connaître les procédures administratives.
- Maîtriser et utiliser le dossier informatisé RESURGENCES (enregistrer la méthode SEGUR qui est le reflet de votre activité de prise en charge du patient)
- S'impliquer dans le rangement des locaux et du matériel.
- S'investir dans les actions visant à améliorer le fonctionnement du service et la qualité des soins.

4 – Encadrement et formation.

- Avoir conscience de son rôle de formateur
- Prendre en charge les étudiants de formations et de niveaux différents.
- Accompagner les infirmier(e)s nouvellement nommé(e)s.

IV – COMPETENCES REQUISES, ACQUISES OU A ACQUERIR

Qualification exigée : être diplômée d'état ; expérience professionnelle souhaitée d'un an minimum.

Connaissances et formation nécessaires :

- Connaissance approfondie relative aux spécialités médicales, chirurgicales, psychiatriques (pathologies, pharmacologie, pratiques de soins...) ainsi qu'en matière de législation spécifique aux services d'urgences.
- Maîtrise des techniques de soins et thérapeutiques d'urgence et de réanimation.
- Parfaite connaissance des services de l'établissement (situation géographique, missions, fonctionnement).

Formations appréciées et à envisager dans le domaine

- De l'accueil
- La communication
- La gestion du stress
- Les gestes d'urgence
- La connaissance de l'établissement.

V – APTITUDES REQUISES, ACQUISES OU A ACQUERIR

Qualités professionnelles

- Posséder des capacités d'observation, d'analyse, de discernement, de décision.
- Posséder une aptitude à hiérarchiser les priorités.
- Avoir le sens des responsabilités.
- Savoir adhérer et participer à l'optimisation de la structure
- Avoir le sens de l'accueil, de la relation, de la communication
- S'exprimer clairement.
- Posséder des capacités d'écoute et de maîtrise de soi : savoir faire face à l'imprévu
- Avoir des qualités de tolérance, d'intégrité, de respect d'autrui, de discussion, de tact.



- Etre capable de renvoyer une image professionnelle dynamique et rassurante.

PROJETS D'EQUIPE

Adhérer et participer au projet de service fixant les objectifs suivants :

- Maintenir les conditions et les modalités pour un accueil performant en service d'urgence
- Etablir des procédures de soins essentielles à l'organisation du travail
- Optimiser l'élaboration du dossier de soins aux urgences pour une meilleure prise en charge globale du patient.



Aide soignant – Centre Hospitalier de Landerneau



Centre Hospitalier "Ferdinand-Grall"
B.P. 719 - 29207 LANDERNEAU CEDEX

Profil de poste

AIDE SOIGNANT

Emetteur :
Réf. du service :
Version :
Date :
Pages :
Mise à jour :

IDENTIFICATION DU POSTE

■ **FONCTION** : Aide Soignant

■ **GRADE** :

■ **POSITION DANS LA STRUCTURE** :

- **Liaison hiérarchique** :
 - Cadre de santé
 - Cadre supérieur de santé
 - Directeur des soins
- **Liaisons fonctionnelles** :
 - Equipe médicale
 - Equipe paramédicale (IDE – AS – ASH)
 - Agents administratifs / secrétaires médicales
 - Assistante sociale

■ **HORAIRES**

- 6 h 30 - 14 h 30
- 8 h 00 - 16 h 00
- 13 h 30 - 21 h 00
- 20 h 45 - 6 h 45

■ **PARTICULARITES DE LA FONCTION**

Jour

Nuit

Week-ends & Fériés

■ **MISSIONS PRINCIPALES**

Réaliser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, l'accueil et la prise en charge des patients se présentant aux urgences, ainsi que des patients hospitalisés à l'UHTCD

ACTIVITES DU POSTE

■ **Collaborer, sous le contrôle de l'infirmier, à la réalisation des soins**

- Accueillir, informer, accompagner les patients et leur entourage
- Seconder l'infirmier dans certains soins
- Suivre l'état général du patient et alerter l'infirmier de tout signe suspect
- Observer et recueillir des données relatives à l'état de santé de la personne
- Transmettre par écrit et par oral toute information relative à l'état du patient pour maintenir la continuité des soins
- Répondre aux coups de sonnette
- Brancarder les patients vers les autres unités de soins.

■ **Surveiller le bon déroulement du séjour du patient**

- Installer le patient :
 - Préparer les box de soins et les chambres



- Réfection des lits
- Veiller au confort et aux besoins du patient pendant son séjour (escarre, incontinence...)
- Surveiller son alimentation
- **Participer à la gestion administrative du service**
 - Réaliser l'accueil administratif du patient en l'absence de la secrétaire médicale
 - Répondre aux appels téléphoniques
- **Etre garant du respect des règles en matière d'hygiène et de sécurité tant à l'égard du patient que du service**
 - A l'égard du patient :
 - Assurer les soins d'hygiène corporelle au patient
 - Veiller à l'asepsie du patient : respect des protocoles de préparation de l'opéré
 - A l'égard du service :
 - Respecter les circuits propres – sales
 - Nettoyer et décontaminer le matériel nécessaire à la réalisation des soins
 - Nettoyer et ranger les locaux
 - Gérer les stocks de linge, de produits d'hygiène et d'entretien
- **Accueillir et accompagner les stagiaires en formation**

COMPETENCES REQUISES

■ FORMATION ET QUALIFICATION

Diplôme d'Aide Soignant

■ EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET CONNAISSANCES PARTICULIERE

- Savoir organiser son travail au sein d'une équipe interprofessionnelle
- Discerner le caractère urgent d'une situation de soins pour alerter
- Connaître et utiliser les protocoles d'hygiène
- Connaître et utiliser les techniques de manutention et les règles de sécurité pour l'installation des patients
- Connaître les protocoles d'entretien des locaux et du matériel dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales.

■ QUALITES - APTITUDES

- Faire preuve de calme, de discrétion, de tolérance, de courtoisie, de politesse.
- Se montrer rassurant, respectueux de la dignité et de l'intimité d'autrui
- Avoir le sens de l'écoute et de la compréhension
- Etre diplomate
- Etre disponible
- Etre organisé



ORGANISATION DU POSTE - Fiches horaires

■ **Prise en charge commune à tous les horaires**

Transmissions	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lire le cahier de vie et consulter l'agenda tête de linotte ○ Transmissions orales avec l'équipe lors des changements d'équipe ○ Point quotidien de 5 minutes à 9 h animé par le cadre de santé.
Nettoyage des salles de soins entre 2 patients	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nettoyage des surfaces : brancard, assistant muet ○ Nettoyage du sol si nécessaire
Transfert des patients dans les unités d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire l'inventaire des objets personnels ○ Assurer le brancardage et l'accompagnement de la famille vers l'unité de soins ○ A l'arrivée dans le service : sonner au poste de soins et attendre l'AS et l'IDE du service ○ Remettre le dossier du patient à l'IDE dans le poste de soins ○ Accompagner l'AS du service dans la chambre pour aider à installer le patient ○ Au retour dans le service des Urgences, nettoyer le brancard.
Pauses	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pause du matin en salle de détente ○ Repas de midi : 30 minutes

6 H 30 – 14 H 30	
6 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre le téléphone A.S. jour sur son support n° xxxx
	prise en charge des patients UHTCD et des urgences
6 h 45	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre téléphone « xxxx » sur son support ➤ Faire le dossier administratif des patients se présentant aux urgences ➤ En collaboration avec l'IDE accueil et installation des patients ➤ Prendre en charge les déplacements des patients : <ul style="list-style-type: none"> ○ vers les services de soins ○ la radio, le bloc... ➤ Répondre aux appels sonnette des patients de l'UHTCD
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans local décontamination : préparation de la solution d'Hexanios dans bac évier inox (3 sachets pour 15 l d'eau) ➤ A l'entrée du service : vérifier le matériel désinfection à disposition des ambulanciers privés : <ul style="list-style-type: none"> ○ changer la solution Hexanios, remettre des chiffonnettes propres à disposition ainsi qu'un filet pour recueillir les chiffonnettes usagées ➤ Commencer le ménage : cf classeur
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relever températures des frigos des offices ➤ Mettre le lave-vaisselle en fonction et le nettoyer ➤ Vider l'armoire ventilée des plateaux repas de la veille
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déposer le matériel en stérilisation ➤ Ramener la vaisselle de la veille à la cuisine ➤ Prendre la commande de produits frais et du pain et déposer la commande pour le lendemain. Le jeudi déposer la commande « épicerie »
8 h 00	Prise en charge des patients côté « Urgences »
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmissions à l'A.S. qui arrive à 8 heures et qui prendra en charge les patients de l'UHTCD ➤ Remettre le téléphone à l'A.S. qui arrive à 8 heures qui va prendre en charge l'UHTCD ➤ Continuer le ménage
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vider les poubelles des salles de soins si besoin ➤ Recharger les distributeurs d'essuies mains et de savon
13 h 30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pause repas avec l'IDE du matin
14 h 30	fin de journée



8 h - 16 h	
Prise en charge des patients de l'UHTCD	
8 h 00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre le téléphone « xxxx » ➤ Commencer le ménage des locaux ➤ Prise en charge des patients en chambre : <ul style="list-style-type: none"> ○ petit déjeuner ○ toilette ○ réfection du lit ○ ménage quotidien de la chambre et du cabinet de toilette
11 h	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aller en cuisine chercher le chariot de plateaux repas ➤ Dater les plateaux repas et faire le relevé température selon protocole avant de les ranger dans l'armoire ventilée ➤ Nettoyer et désinfecter le chariot avant de le ramener à la cuisine
12 h	➤ Service repas
13 h30	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuer le ménage ➤ Réfection des chambres après départ ➤ Nettoyer et ranger le local ménage ➤ Nettoyer et ranger le chariot ménage
15 h 45	➤ Transmissions à l'AS du soir et lui remettre le téléphone
16 h	Fin de journée

13 h 30 / 21 h	
Prise en charge des patients côté Urgences	
14h00	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aller chercher l'armoire de linge ➤ Ranger le linge dans la lingerie et compléter les armoires des salles de soins
16 h 00	➤ Transmissions avec l'AS de 8 heures
	Prise en charge des patients UHTCD et Urgences
18 h 30	➤ Ménage de la salle de pause
	➤ Ménage des sanitaires dans la salle d'attente le dimanche et jour férié
	➤ Service repas
	➤ Lavage de la vaisselle
19 h 00	➤ Nettoyage de l'office
	➤ Changer si besoin les poubelles de la salle de soins
19 h 00	➤ Faire le dossier administratif des patients se présentant aux urgences
20 h 45	➤ Transmissions avec l'équipe de nuit
	➤ Eteindre le téléphone avant de le remettre sur son support
21 h	Fin de journée



Aide soignante – Centre Hospitalier de Laon

PROFIL DE FONCTION AIDE-SOIGNANTE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

I – PRESENTATION DE L'UNITE

Le Service d'Accueil des Urgences est une unité fonctionnelle, installée dans de nouveaux locaux depuis février 1999.

A – Le service des urgences comprend :

- 1 poste d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs familles. C'est là que se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation.

A proximité :

- le poste d'accueil administratif (occupé par un agent détaché du service des admissions)
- le poste de la secrétaire médicale
- la salle d'attente
- 1 salle d'urgences permettant la prise en charge de 3 patients.
- 4 boxes d'examen (1 poste par box) pour la prise en charge des pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques.
- 1 salle de petite traumatologie (pose ou ablation de plâtre) : 2 postes
- 1 salle de chirurgie
- 1 salle polyvalente pour les soins externes et soins programmés et si besoin prise en charge des patients hospitalisés
- 4 chambres d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Taux d'occupation des lits : 96.9 %

Durée moyenne de séjour : 1,3 j

EFFECTIF EN PERSONNEL DU SERVICE

B – EQUIPE MEDICALE

Chef de service : Docteur LEMAIRE-NANNI Emmanuela

Médecins Praticiens Hospitaliers : Dr MENOT, Dr POLESE, Dr RAVELOARIMISY, Dr MAZLOUM et Dr LOBJOIS

4 médecins assistants travaillent par roulement de 24 heures.

Interne sur la journée : 8 h - 18 h 30.

Equipe de garde à partir de 18 h 30 – 8 h :

- 1 Praticien Hospitalier.
- 1 médecin assistant
- 1 interne de médecine du lundi au vendredi
- 1 interne de médecine le samedi, dimanche et jours fériés
- 1 interne de chirurgie (SAU + BLOC)

Secrétariat : 1,5 secrétaire

C – LE SERVICE INFIRMIER

Cadre infirmier (surveillante de l'unité) : Mme TRIFFAUX Anne-sophie

21.4 infirmières équivalent temps plein

11 aides-soignantes

7 ASH brancardiers

2 agents mi-temps des services hospitaliers - 2 CES entretien ménage.



D – AUTRES INTERVENANTS

Le SAU travaille en collaboration interne avec

- L'assistante sociale
- L'unité en soins palliatifs
- L'unité en addictologie (ELSA)
- Les agents administratifs
- Tous les médecins spécialistes du centre hospitalier (chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs, cardiologues, diabétologues, gastro-entérologues, gériatres, psychiatres, neurologues, etc.)
- Psychiatrie (UPL) Le SAU travaille en partenariat avec l'unité d'hospitalisation de psychiatrie de proximité. L'équipe infirmière de UPL apporte son concours 24H/24 à la prise en charge des urgences psychiatriques du SAU.

En collaboration externe avec

- SAMU, Sapeurs-pompiers, ambulanciers, police, etc.

E – TYPE DE PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES

- Cardiovasculaire : crise d'angor, infarctus, phlébite, embolie pulmonaire, troubles du rythme, malaises
- Cardiorespiratoire : décompensation cardiorespiratoire, OAP.
- Respiratoire : asthme, pneumothorax, pneumopathie, dyspnée
- Psychiatrique : tentative de suicide, troubles du comportement, dépression
- Neurologique : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), crise d'épilepsie.
- Endocrinologie : diabète
- Traumatologie : traumatisme crânien, AVP prise en charge des polytraumatisés, fracture, luxation, entorse, contusions diverses, chutes.
- Digestive : hémorragie digestive.
- Urologie : coliques néphrétiques, rétention urinaire, etc.
- Chirurgicale : appendicite, sigmoïdite, pancréatite, etc.
- ORL : épistaxis, baisse acuité auditive, corps étranger, etc.
- Ophtalmologie : traumatisme de l'œil, corps étranger, etc.
- Accidents domestiques et accidents de travail
- Morsures de chien (antenne rabique du département)
- Placement des personnes âgées, prise en charge des cas sociaux.
- Violence, agression, etc.
- Alcoolisme, toxicomanie

F – PROFIL PARTICULIER DES PATIENTS ACCUEILLIS

Le Service d'Accueil des Urgences prend en charge une population confondue d'adultes, d'enfants et de personnes âgées.

- 20 % des patients entrant au SAU sont dirigés vers les services d'hospitalisation.
- 75 % sont des passages de consultations externes.
- 5 % sont des patients orientés en UHCD

Les urgences médicales pédiatriques sont adressées en pédiatrie. Le SAU ne prenant en charge que la traumatologie, les sutures et tous les enfants adressés personnellement à un chirurgien.

Le service connaît un turn-over important de patients (68 passages en moyenne par jour).

G – PARTICULARITES D'ORGANISATION DE L'UNITE

Deux réunions de service ont lieu dans l'année sous la direction du médecin chef de service et du cadre infirmier. Des réunions d'équipe sont organisées avec le cadre infirmier.

II – FONCTIONNEMENT DE L'UNITE

A – EFFECTIFS PAR POSTE ET REPARTITION

Semaine

- Journée : 4 IDE – 3 AS – 1 ou 2 brancardiers – 1 ASH, 1 CES du matin et/ou 1 d'après midi.
- Nuit : 3 IDE – 1 AS – 1 brancardier



Week-end

- Journée: 4 IDE – 2 AS – 1 brancardier – 1 ASH
- Nuit : 3 IDE – 1 AS – 1 brancardier

B – HORAIRES DE TRAVAIL EN 12 HEURES

Aides-soignantes :

JOUR	1 AS	7 h - 19 h
	2 AS	7 h 30 - 19 h 30 la semaine et 1 le week-end
NUIT	1 AS	19 h - 7 h

C – REGLES D'ELABORATION DES PLANNINGS

Le planning des AS est élaboré par le cadre de l'unité en tenant compte du cycle de travail et est porté à leur connaissance 15 jours au moins avant son application.

Un roulement a été élaboré et validé par la direction des soins.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente.

D – PROGRAMMATION DES CONGES ANNUELS.

- Vacances scolaires : les congés sont répartis de la façon la plus équitable possible sur l'année, à tour de rôle et en fonction des demandes.
- Vacances d'été : leurs prévisions font l'objet d'une réunion préalable en début d'année. C'est une concertation et une négociation avec l'équipe. Un roulement sera organisé sur 4 ans, sauf meilleur accord, afin de permettre aux agents de bénéficier à tour de rôle des différentes périodes.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente.

E – REGLES ET OUTILS DE FONCTIONNEMENT

Les AS travaillent en binôme et en collaboration avec les IDE. Elles travaillent par roulement

- Sur les secteurs : lits- porte et secteur D
- Sur le secteur B : salle d'urgences + lits-porte
- Sur le secteur D : salle 2, 3, 4, 5 et 6

Elle ont chacune la charge d'un secteur de responsabilités (en binôme avec les IDE) (classeur des tâches en salle de soins).

Exemple : gestion du matériel stérile, gestion du matériel des salles d'examen, gestion des formulaires administratifs et confection du dossier de soins.

Elles disposent de classeurs

- De protocoles de soins
- De protocoles d'entretien.

Elles suivent des procédures écrites dans différents domaines.

Dans les lits-porte, elles travaillent avec le dossier de soins.

F – SITUATION DANS LA HIERARCHIE

Elles travaillent sous la responsabilité directe des infirmières.

III – MISSIONS DU POSTE

1 – Technicité

- Connaître et appliquer les protocoles et procédures spécifiques au service, dans les limites de son domaine de compétence.
- Déterminer les besoins et le degré d'autonomie du patient, afin de dispenser des soins adaptés et personnalisés.
- Prendre en charge l'hôtellerie et dispenser les soins d'hygiène et de confort des patients, en tenant compte de leurs pathologies.
- Veiller au bien-être et à la sécurité du patient.
- Déshabiller le patient et effectuer l'inventaire de ses biens.
- Participer sous la responsabilité et le contrôle de l'infirmière, aux soins techniques en salle.
- Assurer l'entretien et la stérilisation du matériel non médical nécessaire aux soins et examens.
- Assurer l'entretien des chambres des lits-porte à la sortie du patient.



- Faire face à une situation d'urgence avec maîtrise et efficacité.
- Effectuer des transmissions orales et écrites précises et utiliser tous les supports : dossier de soins et dossier informatisé RESURGENCES.
- Participer au projet de service.
- Mettre régulièrement à jour ses connaissances théoriques et pratiques.
- Evacuer les sacs à linge et poubelles régulièrement au fil de la journée vers les containers adéquats, en collaboration avec les brancardiers.
- Acheminer les bilans sanguins vers le laboratoire en partenariat avec les brancardiers.

SPECIFICITE DU POSTE SECTEUR LIT-PORTE :

- L'aide soignant(e) aura une part de responsabilité importante par rapport à la transmission des informations concernant les patients à l'IDE du secteur B.
- Son rôle est d'organiser la prise en charge du patient en collaboration avec l'infirmier(e) du même secteur: installation du patient, surveillance des paramètres vitaux (pouls, TA, température), acheminement des bilans biologiques vers le laboratoire, soins d'hygiène et de confort, prise en charge administrative (entrée et sortie),
- tenue des dossiers de soins (notamment au niveau du recueil de données), hôtellerie, et transmission de toute information concernant le changement d'état du patient.
- Il / elle assure tous les mercredis les commandes blanchisserie, alimentation, et les jeudis fourniture / désinfection.
- Enfin, elle est responsable de la commande des plateaux repas le midi et le soir pour les patients de tous les secteurs, en concertation avec ses collègues AS des autres secteurs.
- Lorsque les lits porte sont libres, elle passe du côté secteur C (externe), et participe avec sa collègue IDE à la prise en charge des patients définie dans ses missions sus citées.

SPECIFICITE DU POSTE DE NUIT :

- Participer à la réalisation des formalités d'admission du patient (PASTEL et RESURGENCES)

2 – RELATION – COMMUNICATION

- Participer à l'accueil des patients et de leur famille ou des accompagnants.
- Instaurer une relation personnalisée en s'adaptant aux personnes et aux situations.
- Rassurer les usagers et leur apporter un soutien psychologique en toutes circonstances.
- Participer à l'information des familles, de leur famille ou des accompagnants dans les limites de sa fonction.
- Contribuer à maintenir de bonnes relations inter-services.

3 – ORGANISATION – GESTION

- S'investir dans les actions visant à améliorer le fonctionnement du service et la qualité des soins.
- Participer au rangement des salles et au réapprovisionnement en linge, matériel et outils de soins en collaboration avec l'infirmière.
- Participer à la gestion (évaluation des stocks, commande) du linge, du petit matériel médical, des produits alimentaires nécessaires à la gestion des lits-porte, gestion des plateaux-repas.
- Contribuer à la maintenance du matériel.

4 – ENCADREMENT DANS LES LIMITES DE SA FONCTION ET DE SON DOMAINE DE COMPETENCE

- Faciliter l'intégration des nouveaux agents et leur adaptation au service, par un accueil de qualité et une information adaptée.
- Participer à l'apprentissage théorique et pratique, au suivi et à l'évaluation des élèves aides-soignants.

IV – COMPETENCES REQUISES "ACQUISES OU A ACQUERIR"

Qualification exigée :

- Diplôme professionnel d'aide-soignante
- Expérience professionnelle souhaitée d'un an minimum

Connaissances et formation nécessaires

- Connaissances précises de sa fonction et de ses limites
- Connaissances théoriques et pratiques diversifiées en raison de la multiplicité des pathologies rencontrées.
- Maîtrise des gestes et techniques d'urgence, dans les limites fixées par son domaine de compétence.
- Parfaite connaissance de la situation géographique des services de l'établissement et de leur fonctionnement.

Formations appréciées dans le domaine



- De l'accueil
- De la communication
- De la manutention
- Des gestes d'urgences
- De la gestion de la violence aux urgences
- De la connaissance de l'établissement.

V – APTITUDES REQUISES "ACQUISES OU A ACQUERIR"

Intellectuelles

- Avoir le sens des responsabilités
- Posséder une aptitude pour le travail en équipe
- Etre capable d'initiatives, dans les limites de sa fonction
- Faire preuve de disponibilité et d'adaptabilité
- Avoir des capacités d'observation et d'analyse
- Etre capable de s'auto évaluer et se remettre en question pour progresser dans sa fonction.

Psychologiques

- Avoir le sens de l'accueil, de la relation, de la communication
- S'exprimer aisément
- Posséder des capacités d'écoute et de maîtrise de soi
- Savoir faire face à l'imprévu
- Avoir des qualités de tolérance, d'intégrité, de respect d'autrui, de tact, de discrétion.

PROJETS D'EQUIPE

Adhérer et participer au projet de service fixant les objectifs suivants :

- Maintenir les conditions et les modalités pour un accueil performant en service d'urgences
- Etablir les procédures de soins essentielles à l'organisation du travail
- Optimiser l'élaboration du dossier de soins aux urgences pour une meilleure prise en charge globale du patient.



Agent des services hospitalier – Centre Hospitalier de Laon

PROFIL DE FONCTION AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS AU SAU

MISSION DU SERVICE

Accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'urgences lourdes ou d'urgences ressenties.

I – PRESENTATION DE L'UNITE

Le Service d'Accueil des Urgences est une unité fonctionnelle, installée dans de nouveaux locaux depuis février 1999.

A – Le service des Urgences comprend :

- 1 poste d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs familles. C'est là que se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation.

A proximité :

- le poste d'accueil administratif (occupé par un agent détaché du service des admissions)
- le poste de la secrétaire médicale
- la salle d'attente
- 1 salle d'urgences permettant la prise en charge de 3 patients.
- 4 boxes d'examen (1 poste par box) pour la prise en charge des pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques.
- 1 salle de petite traumatologie (pose ou ablation de plâtre) : (2 postes)
- 1 salle de chirurgie (sutures)
- 1 salle polyvalente pour les soins externes et soins programmés
- 4 chambres d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Taux d'occupation des lits : 96.9%

Durée moyenne de séjour : 1.3

EFFECTIF EN PERSONNEL DU SERVICE

B – EQUIPE MEDICALE

Chef de service : Docteur LEMAIRE-NANNI Emmanuella
Médecins Praticiens Hospitaliers : Dr MENOT et Dr POLESE , Dr RAVELOARIMISY, Dr MAZLOUM, Dr LOBJOIS.
4 médecins assistants travaillent par roulement de 24 heures.

Interne sur la journée : 8 H - 18 H 30.

Equipe de garde à partir de 18 H 30 – 8 H :

- 1 Praticien Hospitalier.
- 1 médecin assistant
- 1 interne de médecine du lundi au vendredi
- 1 interne de médecine le samedi, dimanche et jours fériés
- 1 interne de chirurgie (SAU + BLOC)

Secrétariat : 1,5 secrétaire



C – LE SERVICE INFIRMIER

Cadre infirmier (surveillante de l'unité) : Mme TRIFFAUX Anne-Sophie
21.4 infirmières temps plein
11 aides-soignantes
7ASH brancardiers
2 agents mi-temps des services hospitaliers - 2 CAE entretien ménage
4 CAE antenne socio psychologique

D – AUTRES INTERVENANTS

Le SAU travaille en collaboration interne avec :

- L'assistante sociale
- Les agents administratifs
- Tous les médecins spécialistes du centre hospitalier (chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs, cardiologues, diabétologues, gastro-entérologues, gériatres, psychiatres, neurologues, etc.)
- Psychiatrie (UPL) Le SAU travaille en partenariat avec l'unité d'hospitalisation de psychiatrie de proximité. L'équipe infirmière de UPL apporte son concours 24H/24 à la prise en charge des urgences psychiatriques du SAU.

En collaboration externe avec :

- SAMU, Sapeurs-pompiers, ambulanciers, police, etc.

E – TYPE DE PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES

- Cardiovasculaire : crise d'angor, infarctus, phlébite, embolie pulmonaire, troubles du rythme, malaises
- Cardiorespiratoire : décompensation cardiorespiratoire, OAP.
- Respiratoire : asthme, pneumothorax, pneumopathie, dyspnée
- Psychiatrique : tentative de suicide, troubles du comportement, dépression
- Neurologique : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), crise d'épilepsie.
- Endocrinologie : diabète
- Traumatologie : Traumatisme crânien, AVP prise en charge des polytraumatisés, fracture, luxation, entorse, contusions diverses, chutes.
- Digestive : hémorragie digestive.
- Urologie : coliques néphrétiques, rétention urinaire
- Chirurgicale : appendicite, sigmoïdite, pancréatite, etc.
- ORL : épistaxis, baisse acuité auditive, corps étrangers, etc.
- Ophtalmologie : traumatisme de l'œil, corps étrangers, etc.
- Accidents domestiques et accidents de travail
- Morsures de chien (Antenne Rabique du département)
- Placement des personnes âgées, prise en charge des cas sociaux.
- Violence, agression, etc.
- Alcoolisme, toxicomanie

F – PROFIL PARTICULIER DES PATIENTS ACCUEILLIS

Le Service d'Accueil des Urgences prend en charge une population confondue d'adultes, d'enfants et de personnes âgées.

- 20 % des patients entrant au SAU sont dirigés vers les services d'hospitalisation.
- 75 % sont des passages de consultations externes.
- 5 % sont des patients orientés en UHCD

Les urgences médicales pédiatriques sont adressées en pédiatrie. Le SAU ne prenant en charge que la traumatologie, les sutures et tous les enfants adressés personnellement à un chirurgien.

Le service connaît un turn-over important de patients (62 passages en moyenne par jour).

G – PARTICULARITES D'ORGANISATION DE L'UNITE

Deux réunions de service ont lieu dans l'année sous la direction du médecin chef de service et du cadre infirmier. Des réunions d'équipe sont organisées avec le cadre infirmier.



II – FONCTIONNEMENT DE L'UNITE

A – EFFECTIFS PAR POSTE ET REPARTITION

Semaine

Jour : 4 IDE – 3 AS –1 à 2 brancardier(s) –1 ASH – 1 CAE antenne socio psychologique

Nuit : 3 IDE – 1 AS – 1 brancardier

Week-end

jour : 4 IDE – 2 AS – 1 brancardier – 1 ASH-1 CAE antenne socio psychologique

Nuit : 3 IDE – 1 AS – 1 brancardier

B – HORAIRES DE TRAVAIL

ASH :

Du lundi au dimanche 1 ASH 5H à 12H30

Du lundi au vendredi 1 CES 5H à 9H00 1 CES 17H à 21H00

C – REGLES D'ELABORATION DES PLANNINGS

Le planning des ASH est élaboré par le cadre infirmier en tenant compte du cycle de travail et est porté à leur connaissance 15 jours au moins avant son application.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente

D – PROGRAMMATION DES CONGES ANNUELS.

- Vacances scolaires : les congés sont répartis de la façon la plus équitable possible sur l'année, à tour de rôle et en fonction des demandes.
- Vacances d'été : leurs prévisions font l'objet d'une réunion préalable en début d'année. C'est une concertation et une négociation avec l'équipe. Un roulement sera organisé sur 4 ans, sauf meilleur accord, afin de permettre aux agents de bénéficier à tour de rôle des différentes périodes.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente.

E – REGLES ET OUTILS DE FONCTIONNEMENT

Leur mission est d'assurer l'entretien des locaux et du matériel ménager, donc d'être partie prenante dans la lutte contre les infections nosocomiales à l'hôpital.

L'ASH dispose :

- D'un classeur de protocoles d'entretien des locaux
- D'une planification murale hebdomadaire des tâches journalières ainsi qu'une planification mensuelle à renseigner.

III – MISSIONS DU POSTE

1 – Technicité

Locaux et matériel

Hygiène des locaux

- Maîtriser les connaissances de base sur l'hygiène des locaux (matériels, produits utilisés)
- Assurer l'entretien des locaux communs : couloirs, bureaux, secrétariats, vestiaires, office, réserves, vidoir, sanitaires, salle d'attente, salle de bain.
- Assurer l'entretien des salles d'examen ainsi que les lits-porte (en collaboration avec les AS), en appliquant les techniques et protocoles pour :
- L'entretien journalier
- L'entretien à fond avec désinfection ou décontamination

Hygiène du matériel

- Matériels spécifiques (chariot de ménage, auto laveuse, etc.)



- Appliquer les techniques de nettoyage et de décontamination du matériel souillé
- Entretien du matériel de ménage (auto laveuse, aspirateur, lave vitres)
- Déchets : évacuer les déchets en respectant les règles en vigueur.
- Evacuation du linge sale dans les vestiaires dans le container approprié.

2 – Relation – Communication

- Etre aimable, discret, respectueux envers les patients et leur famille
- Connaître les droits et les obligations du patient
- Avoir une tenue générale correcte et un langage adapté
- Respecter le secret professionnel et l'obligation de discrétion

3 – Organisation – Gestion

- Prévoir son travail en fonction d'une planification écrite
- Suivre les directives protocolées de l'institution.
- S'investir dans les actions visant à améliorer le fonctionnement du service et la qualité des prestations
- Participer à la gestion des commandes de produits d'entretien
- Veiller à la bonne distribution et utilisation de ces produits :
 - les réceptionner,
 - les contrôler,
 - les ranger.
- Signaler les besoins de réparation du matériel.

IV – APTITUDES REQUISES "ACQUISES OU A ACQUERIR"

- Aptitude à organiser et planifier le travail
- Aptitudes à réajuster le poste de travail en cas d'imprévus
- Aptitude à faire des suggestions en vue d'améliorer la qualité du travail et l'organisation existante
- Aptitude à encadrer les nouveaux personnels (ASH, CES)
- Aptitude à gérer le matériel
- Aptitude relationnelle avec les autres membres de l'équipe et la personne soignée
- Aptitude à appliquer les règles d'hygiène
- Posséder une aptitude pour le travail en équipe
- Etre capable de s'auto évaluer et se remettre en question pour progresser dans sa fonction.

Formations

- Connaissance de l'hôpital
- Droits et obligation des agents
- Le secret professionnel
- L'hygiène des locaux, règles et application.

PROJETS D'EQUIPE

Adhérer et participer au projet de service :

- Mise en place d'une planification murale annuelle pour l'entretien des locaux en collaboration avec les AS et les brancardiers.
- Assurer une traçabilité des entretiens divers effectués.



Agent des services hospitalier Brancardier – Centre Hospitalier de Laon

PROFIL DE FONCTION A.S.H.- BRANCARDIER AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

MISSION DU SERVICE

Accueillir tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont une prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'urgences lourdes ou d'urgences ressenties.

I – PRESENTATION DE L'UNITE

Le Service d'Accueil des Urgences est une unité fonctionnelle, installée dans de nouveaux locaux depuis février 1999.

A – Le service des Urgences comprend :

- 1 poste d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs familles. C'est là que se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation.

A proximité :

- le poste d'accueil administratif (occupé par un agent détaché du service des admissions)
- le poste de la secrétaire médicale
- la salle d'attente
- 1 salle d'urgences permettant la prise en charge de 3 patients.
- 4 boxes d'examen (1 poste par box) pour la prise en charge des pathologies médicales, chirurgicales, psychiatriques.
- 1 salle de petite traumatologie (pose ou ablation de plâtre) : (2 postes)
- 1 salle de chirurgie (sutures)
- 1 salle polyvalente pour les soins externes et soins programmés
- 4 chambres d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Taux d'occupation des lits : 96.9 %

Durée moyenne de séjour : 1,3 j

EFFECTIF EN PERSONNEL DU SERVICE

B – EQUIPE MEDICALE

Chef de service : Docteur LEMAIRE-NANNI Emmanuella

Médecins Praticiens Hospitaliers : Dr MENOT, Dr POLESE, Dr RAVELOARIMISY, Dr MAZLOUM et Dr LOBJOIS.

4 médecins assistants travaillent par roulement de 24 heures.

Interne sur la journée : 8 H - 18 H 30.

Equipe de garde à partir de 18 H 30 – 8 H :

- 1 Praticien Hospitalier.
- 1 médecin assistant
- 1 interne de médecine du lundi au vendredi
- 1 interne de médecine le samedi, dimanche et jours fériés
- 1 interne de chirurgie (SAU + BLOC)

Secrétariat : 1,5 secrétaire

C – LE SERVICE INFIRMIER AU 01 JANVIER 2006



Cadre infirmier de santé : Mme TRIFFAUX Anne-Sophie
21,4 infirmières temps plein
11 aides-soignantes
7 ASH brancardiers
2 agents mi-temps des services hospitaliers - 2 CAE entretien ménage.

D – AUTRES INTERVENANTS

Le SAU travaille en collaboration interne avec :

- L'assistante sociale apporte son concours sur appel de l'équipe des urgences.
- Les agents administratifs
- Tous les médecins spécialistes du centre hospitalier (chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs, cardiologues, diabétologues, gastro-entérologues, gériatres, psychiatres, neurologues, etc.)
- Psychiatrie (UPL) Le SAU travaille en partenariat avec l'unité d'hospitalisation de psychiatrie de proximité. L'équipe infirmière de UPL apporte son concours 24H/24 à la prise en charge des urgences psychiatriques du SAU.

En collaboration externe avec :

- SAMU, Sapeurs-pompiers, ambulanciers, police, etc.

E – TYPE DE PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES

- Cardiovasculaire : crise d'angor, infarctus, phlébite, embolie pulmonaire, troubles du rythme, malaises
- Cardiorespiratoire : décompensation cardiorespiratoire, OAP.
- Respiratoire : asthme, pneumothorax, pneumopathie, dyspnée
- Psychiatrique : tentative de suicide, troubles du comportement, dépression
- Neurologique : accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), crise d'épilepsie.
- Endocrinologie : diabète
- Traumatologie : Traumatisme crânien, AVP prise en charge des polytraumatisés, fracture, luxation, entorse, contusions diverses, chutes.
- Digestive : hémorragie digestive.
- Rénale : coliques néphrétiques
- Chirurgicale : appendicite, sigmoïdite, pancréatite, etc.
- ORL : épistaxis, baisse acuité auditive, corps étranger, etc.
- Ophtalmologie : traumatisme de l'œil, corps étranger, etc.
- Accidents domestiques et accidents de travail
- Morsures de chien (Antenne Rabique du département)
- Placement des personnes âgées, prise en charge des cas sociaux.
- Violence, agression, etc.
- Alcoolisme, toxicomanie

F – PROFIL PARTICULIER DES PATIENTS ACCUEILLIS

Le Service d'Accueil des Urgences prend en charge une population confondue d'adultes, d'enfants et de personnes âgées.

- 20 % des patients entrant au SAU sont dirigés vers les services d'hospitalisation.
- 75 % sont des passages de consultations externes.
- 5 % sont des patients orientés en UHCD.

Les urgences médicales pédiatriques sont adressées en pédiatrie. Le SAU ne prenant en charge que la traumatologie, les sutures et tous les enfants adressés personnellement à un chirurgien.

Le service connaît un turn-over important de patients (68 passages en moyenne par jour).

G – PARTICULARITES D'ORGANISATION DE L'UNITE

Deux réunions de service ont lieu dans l'année sous la direction du médecin chef de service et du cadre infirmier. Des réunions d'équipe sont organisées avec le cadre infirmier.

II – FONCTIONNEMENT DE L'UNITE



A – EFFECTIFS PAR POSTE ET REPARTITION

Semaine

Journée : 4 IDE – 3 AS – 1 à 2 brancardier(s) – 1 ASH

Nuit : 3 IDE – 1 AS – 1 brancardier

Week-end

Journée : 4 IDE – 2 AS – 1 brancardier – 1 ASH

Nuit : 3 IDE – 1 AS – 1 brancardier

B – HORAIRES DE TRAVAIL EN 12 HEURES

Brancardiers

Les lundi et vendredi : 2 brancardiers de jour

- De 7 à 19 h
- De 8 à 20 h

Les mardi, mercredi, jeudi, samedi et dimanche : 1 brancardier de jour

- De 7 à 19 h

Les nuits : 1 brancardier

- De 19 à 7 h

C – REGLES D'ELABORATION DES PLANNINGS

Le planning des brancardiers est élaboré par le cadre de l'unité en tenant compte du cycle de travail et est porté à leur connaissance 15 jours au moins avant son application

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente.

D – PROGRAMMATION DES CONGES ANNUELS.

- Vacances scolaires : les congés sont répartis de la façon la plus équitable possible sur l'année, à tour de rôle et en fonction des demandes.
- Vacances d'été : leurs prévisions font l'objet d'une réunion préalable en début d'année. C'est une concertation et une négociation avec l'équipe. Un roulement sera organisé sur 4 ans, sauf meilleur accord, afin de permettre aux agents de bénéficier à tour de rôle des différentes périodes.

Se référer au guide de gestion du temps de travail qui est en salle de détente.

E – REGLES ET OUTILS DE FONCTIONNEMENT

Les brancardiers travaillent en étroite collaboration avec les IDE et les médecins du service, ainsi qu'avec le reste de l'équipe soignante (AS, ASH).

Il organise et planifie son travail dans l'unité, en fonction des entrées. Il doit avoir une vision globale du service. Il utilise l'outil informatique pour la recherche des dossiers patients et aussi pour valider les radiologies.

III – MISSIONS DU POSTE

1 – Technicité

- Assurer le transport et l'accompagnement des patients vers les unités d'hospitalisation, et vers le plateau technique (radiologie, scanner, échographie)
- Participer au transfert des patients des brancards sur les tables de radiologie et dans les lits des unités d'hospitalisation avec les membres des équipes receveuses.
- S'informer auprès du personnel infirmier du type de transport et de prise en charge du patient : accompagnement d'une infirmière et/ou d'un médecin pour les patients scopés et/ou hémodynamiquement instables et/ou présentant une suspicion de traumatisme au niveau du rachis.
- Faire face à une situation d'urgence avec maîtrise et efficacité. Tous les agents ASH brancardiers devront



suivre la formation Gestes d'urgence tous les 5 ans.

- Acheminer les examens sanguins vers le laboratoire, en collaboration avec l'aide-soignant(e), selon leurs charges respectives de travail du moment.
- Effectuer des transmissions orales et écrites précises et utiliser le dossier informatisé RESURGENCES.
- Participer et contribuer à établir un accueil de qualité.
- Participer à l'installation des patients en salles d'examen quand l'activité est importante. Participer à l'ablation des plâtres et résines en cas d'encombrement du service et d'hyperactivité, dans un souci de diminution des délais d'attente pour les patients.
- Rechercher le dossier médical aux archives centrales pour tous les patients passant par le SAU. Faute de temps pour aller le chercher, il devra le préciser sur le dossier de soins pour l'équipe receveuse. A titre exceptionnel et dans le cadre d'une urgence vitale, le brancardier peut être amené sur demande du médecin à aller le chercher aux archives des convalescents.
- Apporter une aide en fonction des besoins de l'équipe soignante pour la réalisation des soins techniques (lavage d'estomac) ou de la prise en charge des patients agités au SAU. La nuit et le week-end, le brancardier, à titre exceptionnel peut être appelé par les autres unités pour de l'aide dans le cas de patients agités difficiles à maîtriser dans leur service.
- Assurer l'acheminement des effets personnels du patient (feuille d'inventaire).
- Assurer en partenariat avec les aides-soignant(e)s la récupération des commandes de pharmacie et de laboratoire, selon leur charge respective de travail au moment donné.
- Vérifier la dotation en obus d'oxygène, et gérer les échanges d'obus vides contre les pleins au niveau du garage. Idem pour les obus de Kalinox.

Entretien

- Du matériel spécifique de transport (19 brancards, 5 fauteuils roulants) . Cette charge de travail se répartit comme telle : 4 brancards et 1 fauteuil roulant du lundi au jeudi, et 3 brancards et 1 fauteuil roulant le vendredi. Une feuille de traçabilité sera à disposition dans la réserve à brancard pour permettre un suivi journalier de cet entretien.
- Réfection de tous les brancards (y compris des brancards « agités ») par le brancardier de nuit.
- Le brancardier assure la récupération de la commande de produits d'entretien, lourdes, sur demande des aides soignants.
- Participation avec les aides soignants à la désinfection pour les ectoparasites, en dehors des horaires de présence des agents responsables de la désinfection.

Evacuation des déchets en respectant les règles en vigueur dans l'établissement

- Tour de ramassage de toutes les poubelles et des sacs à linge de l'unité par le brancardier de nuit, et descente des containers poubelles le matin par le brancardier de jour.
- Evacuation des sacs à linge et à poubelles pleins régulièrement au cours de la journée au même titre que les ASH ménage et les aides soignant(e)s, vers les containers appropriés.

Funérarium

Prise en charge du funérarium en collaboration avec l'aide soignant(e) pour les patients du SAU (accueil des familles, présentation des corps) quand il n'y a pas d'agent d'astreinte à ce poste.

Appel des unités concernées lorsque les pompes funèbres viennent pour un patient qui ne vient pas du SAU.

SPECIFICITE DU POSTE DE NUIT

- Participer à la réalisation des formalités d'admission du patient
- Aider au transfert des corps des unités d'hospitalisation vers le funérarium, et à la présentation de corps aux familles, ceci pour accompagner l'agent du service concerné.
- Prévenir le service concerné qu'il doit descendre à l'arrivée des pompes funèbres privées en dehors des horaires de présence des agents du funérarium.
- Assurer les transports de nuit vers les unités délocalisées du Centre Hospitalier de Laon, comme accompagnant.
- Ramassage de toutes les poubelles et sacs à linge.

II – Relation - Communication

- Etre aimable, discret, respectueux envers les patients et leur famille
- Connaître les droits et obligations du patient
- Participer à l'accueil des patients et de leur famille
- Avoir une tenue générale correcte et un langage adapté



- Respecter le secret professionnel et l'obligation de discrétion
- Instaurer une situation personnalisée en s'adaptant aux personnes et aux situations
- Participer à l'information du patient et de la famille concernant le transport et l'examen demandé dans les limites de sa fonction

III – Organisation – Gestion

- S'investir dans les actions visant à améliorer la qualité du travail et l'organisation existante
- Participer à la remise en état des salles en collaboration IDE-AS
- Contribuer à la maintenance du matériel (fauteuil, brancard, matériel d'entretien). Classeur spécifique pour les brancards.
- Signaler les besoins de réparation du matériel.

IV – COMPETENCES REQUISES, "ACQUISES OU A ACQUERIR"

Connaissances et formations nécessaires

- Connaissance précise de sa fonction et de ses limites
- Maîtrise des gestes et techniques d'urgence dans les limites fixées par son domaine de compétence (compétence de secourisme souhaitée)
- Parfaite connaissance de la situation géographique des services et de leur fonctionnement

Formations appréciées dans le domaine :

- De l'accueil
- De la communication,
- De la manutention
- Des gestes d'urgences
- La gestion de la violence aux urgences
- La connaissance de l'établissement

V – APTITUDES REQUISES, "ACQUISES OU A ACQUERIR"

Intellectuelles

- Avoir le sens des responsabilités
- Posséder une aptitude pour le travail en équipe
- Etre capable d'initiatives dans les limites de sa fonction
- Faire preuve de disponibilité et d'adaptabilité
- Avoir des capacités d'observation et d'analyse
- Aptitude à encadrer les nouveaux personnels (ASH-CES)
- Etre capable de s'auto évaluer et se remettre en question pour progresser dans sa fonction

Psychologiques

- Avoir le sens de l'accueil, de la relation et de la communication
- S'exprimer aisément
- Posséder des capacités d'écoute et de maîtrise de soi
- Avoir des qualités de tolérance, d'intégrité, de respect d'autrui, de tact, de discrétion.

Ergonomiques

- Disposer d'une grande résistance physique

PROJETS D'EQUIPE

- Adhérer et participer au projet de service fixant les objectifs suivants :
 - Maintenir les conditions et les modalités pour un accueil performant en service d'urgence
 - Etablir des procédures de soins (de gestion des risques) essentielles à l'organisation du travail
 - Améliorer l'organisation existante en travaillant sur un nouvel outil (tableau de planification mural) ceci en collaboration IDE-AS.



Interne en médecine aux urgences – Hôpitaux Drôme Nord

FICHE DE POSTE
Interne en médecine aux Urgences

MISSION PRINCIPALE	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des patients initialement • Garde de 1^{ère} ligne sur le site de Romans 	SERVICE	Structure du SAU
RELATIONS	<ul style="list-style-type: none"> • Hiérarchiques : chef de service et médecins seniors référents • Fonctionnelles : autres personnels du SAU et des autres services du Centre Hospitalier 	EXIGENCES DU POSTE	<ul style="list-style-type: none"> • Respect du secret professionnel • Respect des droits du patient. • Répondre aux obligations en se conformant à la fiche de poste

ACTIVITES DU POSTE

<p>Aux urgences, l'interne prend en charge les patients initialement.</p> <p>Il travaille en équipe en appliquant les protocoles du service</p> <p>Il reçoit délégation, en tant que médecin, la signature des ordonnances et autres certificats sauf certains qui demande à être docteur en médecine : certificats de décès, réquisitions judiciaires, CCB ...</p> <p>Il doit recourir au médecin senior référent pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une aide à la décision rapide pour la trajectoire du patient ainsi que pour la stratégie de prescription des examens complémentaires ; - une aide à la synthèse finale du dossier du patient afin d'accélérer la prise de décision finale. - A tout moment l'interne peut consulter le médecin coordinateur de flux pour obtenir des conseils sur sa conduite à tenir vis-à-vis d'un patient : interprétation de radios, enseignement sur le terrain, conseil identiques aux deux points précédents. <p>En aucun cas, si doute il y a, l'interne décidera seul une conduite à tenir vis à vis d'un patient</p>	<p>Il peut prendre des décisions seul si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conduite à tenir est protocolisée avec prise de risque modérée : petite traumatologie, pathologie bénignes... . - En cas d'hospitalisation : si l'interne a la certitude que le patient sera revu dans des délais acceptables compte tenu de sa pathologie et / ou si le patient est sous la responsabilité du spécialiste référent préalablement informé du cas du patient (chirurgiens cardiologues...) <p>Les demandes d'examens radiologiques spécialisés (échographies, scanner, IRM) se font sous l'égide du médecin senior référent</p> <p>A tout moment, si le médecin senior référent le juge utile les décisions de l'interne peuvent être modifiées ou adaptées dans la meilleure concertation possible avec mention écrite dans le dossier.</p> <p>En cas de manquement à un de ces principes, le chef de service se réserve le droit de restreindre l'activité du dit interne aux urgences.</p>
---	--



Médecin des urgences – Centre Hospitalier de Landerneau



CH Ferdinand Grall
BP 719 – 29207 Landerneau
Cedex

Profil de poste **MEDECIN** Service des urgences

Emetteur : Dr. Tran
Réf. du service : Urgences
Version n°1
Date : 29 avril 2008
Pages : 1 à 4
Mise à jour :

Horaires médicaux

Horaires médicaux en semaine :

1. Horaire du 1er médecin : 8 h 30 à 18 h 30
2. Horaire du 2ème médecin : 10 h 30 à 18 h 30
3. Horaire du médecin de garde : 18 h 30 à 8 h 30 le lendemain

Horaires médicaux le samedi :

1. Horaire du matin : 8 h 30 à 13 h 30
2. Horaire de la garde : 13 h 30 à 8 h 30 le lendemain

Horaires médicaux le dimanche et jours fériés :

1. Un seul horaire : 8 h 30 à 8 h 30 le lendemain

Horaires médicaux hors soins :

En plus du temps de travail sur les lignes de soins, les médecins des urgences ont une activité « hors soins » qui représente les activités d'organisation du service (staff médical, réunions de travail), les actions de formation du personnel (AFGSU, cours aux internes etc.). Ce temps de travail n'est pas défini mais doit être répertorié. Tous les médecins de l'équipe sont tenus d'assister au staff mensuel qui a lieu une fois par mois entre 8 h 30 et 10 h 30. Un point hebdomadaire est réalisé avec l'équipe paramédicale tous les vendredi de 14 h à 15 h. Le médecin présent aux urgences à ce moment doit y participer dans la mesure du possible.

Secteurs d'activité des médecins des urgences

Le médecin des urgences partage son activité de soins entre le secteur « accueil des urgences » et l'UHCD composée de 5 lits. Il peut également être sollicité pour intervenir n'importe où dans l'établissement (pôle MCO et psychiatrie, ainsi que le hall d'accueil et les parkings) en cas de situation urgente ou pour assurer la permanence médicale (par exemple pour la rédaction de certificats de décès)

Le médecin des urgences ne doit en aucun quitter le pôle Lavallot (secteur MCO) et/ou le secteur de psychiatrie. Il n'est pas autorisé à s'absenter en dehors des secteurs cités pour intervenir par exemple à l'EHPAD ou à la blanchisserie.

Activités du poste médical des urgences

Les activités de soins du médecin des urgences se répartissent entre :

1. Activité « accueil d'urgence » : prise en charge de toute personne se présentant aux urgences pour un problème médical, psychologique ou social (décret...)
2. Activité UHCD : prise en charge et surveillance des patients hospitalisés à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
3. Activité dans le cadre des détresses vitales intra-hospitalières : réception des appels pour urgence vitale sur le téléphone d'urgence (tel : 90)
4. Activité dans le cadre de la permanence des soins au sein de l'hôpital : le médecin des urgences peut être sollicité par le personnel des autres services pour tout acte médical en l'absence du médecin référent sur place (ex : prise



en charge de problèmes médicaux jugés urgents dans les secteurs d'hospitalisation, rédaction de certificats de décès, lecture d'ECG pour le compte de la maternité, surveillance de patients lors d'injection d'iode en radiologie)

Compétences requises pour les médecins des urgences

Les médecins affectés aux urgences doivent être Praticiens Hospitaliers en médecine polyvalente d'urgence ou être titulaires du DESC de médecine d'urgence. Les médecins titulaires de la Capacité de Médecine d'Urgence (ou en cours de validation) ainsi que les médecins pouvant justifier d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans une structure d'urgence peuvent également être affectés au service des urgences. Ils doivent en outre être thésés et inscrits au tableau de l'ordre des médecins du département (décret du 22 mai 2006).

Les médecins non affectés aux urgences mais participant à la permanence médicale du service au travers des gardes aux urgences doivent être titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine (décret du 22 mai 2006).

Les médecins à diplôme étranger prenant des gardes aux urgences (non inscrits au tableau de l'ordre des médecins du département) ne sont pas habilités à signer les certificats de décès ni les certificats de placement sous contrainte (HSDT et HO). Une procédure existe au sein de l'établissement faisant appel au médecin d'astreinte ou à l'anesthésiste en cas de besoin.

Principes généraux et règles de fonctionnement

- Respect des horaires de début de service (8 h 30, 10 h 30 et 18 h 30)
- Respect du tableau de garde (toute modification du tableau de garde doit être équitable afin de ne pas déséquilibrer le temps de travail de chacun)
- Participation à la permanence médicale du service des urgences en cas de problème de planning (congé maladie, arrêts de travail, congés maternité)
- Participation active à la prise en charge des patients en particulier en cas de forte activité (ne pas hésiter à aller chercher soi-même les patients en salle d'attente)
- Participation au staff médical mensuel et aux réunions de service
- Tout incident de fonctionnement impliquant un médecin doit être notifié au chef de service

Organisation du travail du 1er médecin (horaire 8 h 30 – 18 h 30)

- Heure d'arrivée : 8 h 30
- Prise du téléphone 90 dédié aux détresses vitales et changement du combiné nuit/jour avec mise en charge du téléphone de nuit (annulation du transfert d'appel jour → nuit)
- Transmissions écrites des informations médicales des patients hospitalisés à l'UHCD et éventuellement des patients en box d'accueil (feuille de transmission écrite médicale à répertorier dans le classeur prévu à cet effet dans le poste de soins)
- Récupération de toute information jugée utile ou importante en particulier tout dysfonctionnement survenu au cours de la garde
- En l'absence de niveau 1, 2 ou 3 dans les boxes d'accueil, visite des patients hospitalisés à l'UHCD afin de libérer les chambres au plus vite (prioriser les patients sortants puis les patients devant être hospitalisés)
- Rédiger les courriers de sortie des patients de l'UHCD ou les donner à taper à la secrétaire (utiliser systématiquement le logiciel Hexagone)
- Une fois les problèmes de l'UHCD réglés, s'occuper des patients côté « accueil » en privilégiant les patients nécessitant une hospitalisation ou présentant un problème complexe. Respecter le degré d'urgence selon l'échelle de triage en vigueur.
- Répondre aux sollicitations de l'interne en toute situation (lecture de radios, analyse d'examens, réflexions autour d'un cas)
- La pause repas peut être prise entre 12h et 14h mais ne doit pas être à l'origine de dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. Si l'état d'un patient nécessite une présence médicale, il faut s'assurer de la présence effective d'un médecin dans le service avant d'aller manger (ex : détresse vitale au déchoquage).
- Avant le départ du 2ème médecin pour les consultations de retour de soins, le 1er médecin doit s'informer des patients en cours pris en charge par son collègue afin de pouvoir clôturer éventuellement le dossier (récupérer des examens, rédiger les prescriptions etc.).
- A la fin de la journée de travail (18 h 30), le médecin doit informer son successeur sur les patients en cours si possible à l'aide de la feuille de transmission médicale. Il ne peut quitter son poste que s'il a remis le téléphone d'urgence vitale (tel 90) à son successeur et effectué les transmissions. En cas de retard du médecin de garde, un des deux médecins en poste en journée doit rester en attendant la relève. Si celle-ci ne vient toujours pas malgré appel téléphonique, il doit en informer l'administrateur de garde qui devra trouver une solution. En cas de litige sur le tableau de garde, c'est la dernière version du tableau officiel de garde qui fait référence.



Organisation du travail du 2ème médecin (horaire 10 h 30-18 h 30)

- Heure d'arrivée : 10 h 30
- Prise en charge des patients du côté « accueil » en respectant le degré d'urgence selon l'échelle de triage en vigueur.
- Privilégie les patients de la filière courte (externes) à partir de 11 h 30 afin de ne pas laisser des dossiers « en cours » au moment des retours de soins.
- Pause déjeuner idéalement avant 13 h 15 afin de ne pas retarder les consultations de retour de soins (les jours de retour de soins peuvent varier selon le planning)
- Penser à transmettre les informations médicales des dossiers en cours afin que le 1er médecin puisse les clôturer en son absence.
- Réalisation des consultations de retour de soins entre 13 h 30 et 15 h (penser à prendre le classeur de rendez-vous avant de monter aux consultations)
- Au retour des consultations, reprise du travail côté accueil sans privilégier telle ou telle filière (répartition « au fil de l'eau » en respectant le degré d'urgence établi par l'IOA).
- Si l'activité le permet, les temps morts doivent être mis à profit pour régulariser les tâches en retard (cotations, courriers, certificats, dossiers incomplets, etc.) ou pour relire les radiographies des dossiers des jours précédents (dossiers mis de côté par les secrétaires).
- Avant de partir à 18 h 30, il est important de terminer les dossiers en cours, sauf si cela doit prendre plus de 15 minutes. Il faut alors transmettre au médecin de garde toutes les données nécessaires à la clôture des dossiers en cours (attente de résultats d'analyse ou d'exams d'imagerie)

Références et textes officiels :

1. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.
2. Articles R. 712-65 et R. 712-98 du code de santé publique qui stipule que les services d'urgence accueillent sans sélection (...), toute personne se présentant en situation d'urgence (...).
3. Circulaire n°195 /DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.



Définition de poste du médecin SMUR - Centre Hospitalier de Roubaix

DEFINITION DE POSTE DU MEDECIN SMUR

LIEU D'EXERCICE

SMUR

HORAIRES

- En journée:
 - Du Lundi au Vendredi : 8 heures - 18 heures 30
 - Le Samedi : 8 heures - 13 heures
- En garde
 - Du Lundi au Vendredi : 18 heures 30 - 8 heures
 - Le Samedi 13 heures – 8 heures
 - Dimanche et jours fériés : 8 heures - 8 heures

MISSIONS PRINCIPALES

- Assurer les sorties SMUR
- Remplir quotidiennement la « main courante » et le codage des fiches d'intervention
- Assurer l'encadrement des étudiants hospitaliers
- Vérifier le matériel avec l'équipe en fonction du planning établi
- Savoir reconnaître les situations psychologiques nécessitant un débriefing des différents intervenants
- Transmettre les informations orales et écrites nécessaires à la bonne continuité des soins aux équipes des établissements receveurs

MISSIONS SECONDAIRES

- Se rendre disponible pour aider à la prise en charge des patients dans les autres secteurs de l'urgence
- Se tenir au courant des protocoles de prise en charge des différentes pathologies
- Assurer le travail administratif : codage, courrier HCD, signatures CMI
- Organiser des exercices de médecines catastrophes, plan blanc, surveillance des manifestations sportives officielles...

QUALIFICATIONS REQUISES

Savoir

- Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine
- Avoir une expérience en SMUR / réanimation
- Diplôme(s) de CAMU et / ou de médecine de catastrophe souhaité

Savoir – être

- Tenue impeccable
- Humeur égale
- Langage discret et respectueux
- Capable de contrôler son stress
- Respect d'autrui



- Sociabilité et sens du contact
- Sens de l'organisation

Savoir faire

- Savoir diriger une équipe SMUR
- Savoir prendre en charge les situations de détresse vitale
- Etre capable d'être polyvalent dans la réalisation des soins aux patients
- Etre capable de prendre en charge des patients en extra hospitalier
- Savoir pratiquer les gestes techniques de réanimation
- Savoir surveiller les patients instables
- Savoir passer un bilan au médecin régulateur Centre 15
- Avoir une bonne résistance physique et psychique
- Etre capable de renseigner les familles, de gérer leur stress et de leur apporter un début de réconfort
- Se tenir au courant des particularités relationnelles des différents intervenants de la médecine pré hospitalière :
 - SAMU – centre 15
 - Services de réanimation / Déchoquage
 - USIC / Salle de cardiologie interventionnelle
 - Services des urgences publics et privés
 - Médecins libéraux
 - Sapeurs-pompiers
 - Ambulanciers
 - Police / gendarmerie
- Porter la tenue réglementaire

FORMATIONS SOUHAITEES

- CAMU
- Médecine de catastrophe
- Apprentissage des techniques de :
 - Anesthésie - réanimation
 - Pédiatrie
 - Gynécologie – obstétrique



Annexe 1 - Bibliographie des recueils majeurs réalisés par la MeaH sur le thème de la réduction des temps d'attente et de passage aux urgences

Ce guide s'intègre dans un ensemble de capitalisations sur le thème de la réduction des temps d'attente et de passage aux urgences réalisé par la MeaH. Les chapitres suivants présentent les différents documents déjà réalisés et les éléments de bonnes pratiques auxquels le lecteur pourra se référer pour compléter les actions qu'il souhaite mettre en place au sein de son service des urgences.

Tous ces ouvrages sont également disponibles en téléchargement sur le site internet de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences – Retours d'expérience – Edition Berger Levrault – Décembre 2005



Cet ouvrage présente 43 bonnes pratiques structurées en quatre thèmes : bonnes pratiques ayant un impact sur l'ensemble du service, par étape de la prise en charge des patients, pour certaines populations, de management et de pilotage. Leur liste est donnée ci-dessous.

Les bonnes Pratiques Organisationnelles ayant un impact sur l'organisation du service

- Sensibiliser les équipes à la gestion des flux
- Mettre en place un « Infirmier Coordonnateur de flux »
- Mettre en place un « médecin coordonnateur »
- Définir les modalités de participation des équipes SMUR
- Définir strictement l'accès des accompagnants à la zone de soins
- Offrir, dès les urgences, une prise en charge sociale aux patients le nécessitant
- Réduire les délais excessifs d'attente d'un brancardier

Les bonnes pratiques organisationnelles par étape de la prise en charge des patients

1. L'accueil et le triage des patients
 - Automatiser certaines tâches administratives
 - Interfacier le logiciel administratif et le logiciel urgences
 - Simplifier le circuit d'enregistrement et optimiser l'utilisation des ressources affectées à l'accueil
2. La mise en box
 - Rendre visible par les soignants les patients prêts à être mis en box
 - Ne pas utiliser les boxes comme salle d'attente de résultats
3. La réalisation d'examen complémentaires
 - Diminuer le volume d'examen complémentaires
 - Faire participer systématiquement les infirmières à la récupération des résultats
4. La réalisation d'examen de biologie
 - Contractualiser les relations urgences – laboratoire
 - Permettre un rendu plus rapide des résultats de biologie

7. L'hospitalisation en UHCD

- Améliorer le turn-over de l'UHCD
 - Faire sortir les patients des lits portes le matin en respectant les horaires de visite à 9 h
 - Utiliser les lits de l'UHCD pour les patients des urgences
 - Chaque spécialité passe chaque matin à l'UHCD
- #### 8. L'hospitalisation dans les étages
- Anticiper la recherche de lit dès la consultation médicale
 - Faciliter l'accès aux lits d'hospitalisation en soirée et la nuit

Les bonnes pratiques organisationnelles pour certaines populations

1. Les patients âgés
 - Formaliser les relations avec les établissements gériatriques d'aval
 - Permettre l'hospitalisation directe des patients âgés en moyen séjour
 - Mettre en place une unité de gériatrie aiguë
 - Mettre en place une équipe d'intervention de gériatrie dans le cadre d'un partenariat inter établissements
2. Les patients « légers », « debout », ou les « consultations aux Urgences »
 - Informer les usagers sur les alternatives aux consultations aux urgences
 - Créer une consultation non programmée pour les patients CCMU 1
 - Réduire les délais d'attente des patients à suturer en formant une aide soignante à la préparation des sutures et en permettant la suture dans tous les boxes
 - Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des extrémités des



- Réduire le délai entre la disponibilité des résultats et leur prise de connaissance par les équipes
 - Informatiser la prescription et le rendu des résultats d'examen biologiques
5. La réalisation d'examen d'imagerie
- Former tous les manipulateurs à la réalisation de scanners sans injection
 - Dicter les comptes rendus d'imagerie sur une cassette dédiée aux patients des urgences
 - Optimiser le transport des patients vers l'imagerie
6. Les avis spécialisés (hors UHCD)
- Définir et afficher les règles pour contacter les spécialistes
 - Indiquer l'heure de demande de l'avis spécialisé sur la porte du box d'examen

membres

Les bonnes pratiques de management et de pilotage

- Mettre en place une mesure en routine des temps de passage
- Définir des objectifs et suivre le progrès
- Animer un groupe permanent de réduction des temps de passage
- Analyser les plaintes et les recommandations des patients
- Développer la polyvalence et la solidarité spontanée des équipes
- Adapter les plannings aux courbes de présence des patients

Témoignages urgents – MeaH - Juin 2007



Ce film présente des retours d'expérience de professionnels des services des urgences ayant participé à un chantier MeaH. Il aborde les problématiques de gestion de flux, de coordination entre professionnels intra et extra service des urgences, etc.

Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences – Retours d'expérience – MeaH – Novembre 2007



Cet ouvrage présente 45 bonnes pratiques structurées en quatre thèmes : bonnes pratiques ayant un impact sur l'ensemble du service, par étape de la prise en charge des patients, pour certaines populations, de management et de pilotage. Leur liste est donnée ci-dessous.

Les bonnes pratiques impactant l'ensemble du service

- Sensibiliser les équipes à la gestion des flux et mettre en place un coordonnateur de flux
- Partager et définir les règles de fonctionnement du service d'accueil des urgences
- Définir le mode de fonctionnement du SAU en cas de départ SMUR
- Avoir un objectif zéro attente « indigne »
- Créer une zone d'attente couché
- Géolocalisation

Les bonnes pratiques relatives aux étapes de prise en charge

1. Accueil et tri des patients
- Mettre en place une filière courte

- Permettre un rendu plus rapide des résultats de biologie au sein du service des urgences
 - Contractualiser les relations urgences - laboratoire
5. La réalisation d'examen d'imagerie
- Réduire les délais de passage des patients bénéficiant d'examen d'imagerie conventionnelle
 - Les patients valides se rendent seuls dans le service d'imagerie
 - Mettre en place un équipement de radio portatif
 - Communiquer les comptes rendus par téléphone
 - Contractualiser les relations service des urgences – service d'imagerie
 - Optimiser le processus de prise en charge des patients présentant des traumatismes isolés des extrémités des membres (prescription anticipée)



- Mettre en place une filière d'hospitalisation
 - Mettre en place une Infirmière Organisatrice de l'Accueil - IOA
 - Mettre en place un MAO
 - Mettre en place une échelle de tri
 - Assurer la prise en charge initiale avec des protocoles spécifiques
 - Aménager le poste d'accueil et le box IOA
 - Optimiser l'utilisation des ressources affectées à l'accueil : administratif, IOA, MAO, standard et SAMU
 - Réduire les délais de prise en charge par l'IOA en diminuant le volume d'appels téléphoniques reçus à l'accueil
 - Gérer l'information des familles
2. La mise en box
- Adapter les surfaces d'attente des patients aux flux
 - Ne pas utiliser les boxes comme salle d'attente de résultats
3. La réalisation d'examens complémentaires
- Améliorer le brancardage
4. La réalisation d'examens de biologie
- Mettre en place un plan de tournée pour collecter les prélèvements
 - Mettre en place un protocole de prélèvement sanguin pour limiter les hémolyses
 - Créer une filière distincte pour les urgences dans les laboratoires
 - Organiser le fonctionnement avec le laboratoire le midi et le soir
6. Les avis spécialisés
- Mettre à jour les protocoles de prise en charge HDT / HO
 - Définir et afficher les protocoles avant de contacter les spécialistes
7. L'hospitalisation en UHCD
8. L'hospitalisation dans les étages
- Définir des critères de "clôture" de patient pour les montées dans les étages
 - Contractualiser entre les urgences et les services d'aval

Les bonnes pratiques par populations

- Mettre en place une filière géronto sociale
- Mettre en place une filière pédiatrique

Les bonnes pratiques relatives au management et au pilotage

- Avoir une visibilité globale des urgences
- Exploiter le système informatique des urgences
- Mesurer les temps de passage en routine
- Mettre en place un système de signalement des dysfonctionnements
- Tableaux de bord et indicateurs qualité
- Anticiper la croissance d'activité par un modèle de projection d'activité
- Adapter les plannings aux courbes de présence des patients



Annexe 2 – Fiche de collecte de données

Cette fiche a été utilisée lors de la phase de diagnostic pour collecter et analyser les données d'organisation relative au service des urgences. Elle est utilisée conjointement avec un outil d'analyse des temps de passage.

Activité	
Nombre de passages	
Temps de passage total moyen	
Temps de passage total médian	
Moyens & Equipements	
Surface du service en m²	
Surface dédiée Secteurs de soins en m²	
Ancienneté des locaux	
Nombre total de box	
<i>Box traumatologiques ou chirurgicaux</i>	
<i>Box non traumatologiques ou médicaux</i>	
<i>Box pour patients valides</i>	
<i>Box pour patients couchés</i>	
<i>Box pédiatriques</i>	
<i>Box de déchoquage</i>	
<i>Box gynécologiques</i>	
<i>Box psychiatriques</i>	
<i>Chambre d'isolement</i>	
<i>Box cardiologique</i>	
<i>Salle de sutures et parage</i>	
<i>Salle de plâtres</i>	
Nombre de lits UHCD	
Existence d'une unité d'hospitalisation post-porte	
Radiologie conventionnelle intégrée	
Scanner intégré	
Service d'imagerie générale	
<i>Existence d'un accès direct avec Service urgences</i>	
<i>Distance à parcourir</i>	
SAMU - SMUR intégré	
<i>Nombre de sortie moyenne/jour</i>	
<i>Durée moyenne sortie</i>	
Prise en charge des urgences pédiatriques	
Existence d'une maison médicale à proximité	
Existence de consultations méd.générales non programmées	



Ressources Humaines	
Effectifs total ETP rémunéré	
<i>Chef de service</i>	
<i>Interne</i>	
<i>Autres médecins</i>	
<i>Effectifs en longue durée et maternité</i>	
<i>Activité SMUR (cf. ligne 33 et 34)</i>	
Effectifs médical ETP rémunéré	
<i>Effectifs médical senior ETP rémunéré</i>	
<i>Effectifs médical junior ETP rémunéré</i>	
Effectifs encadrement	
Effectifs paramédical ETP rémunéré	
<i>Effectifs IDE ETP rémunéré</i>	
<i>Effectifs AS ETP rémunéré</i>	
Effectifs autres ETP rémunéré	
Effectifs à l'accueil, au tri et à l'administratif	
<i>Effectifs tri ETP</i>	
<i>Effectifs accueil administratif</i>	
Organisation générale	
Existence d'une IAO	
Accueil administratif séparé	
Sectorisation des prises en charge (préciser)	
Sectorisation des médecins (préciser)	
Sectorisation du personnel soignant (préciser)	
Règle de rotation des boxes	
Brancardage	
<i>Assuré par des brancardiers dédiés</i>	
<i>Assuré par les brancardiers de l'hôpital</i>	
<i>Assuré en interne par les agents des urgences (préciser)</i>	
Transport des prélèvements	
<i>Transfert automatique (pneumatique)</i>	
<i>Transport véhiculé</i>	
<i>Autres (préciser)</i>	
Recherche de lits	
<i>Personnel dédié (préciser)</i>	
<i>Moyens de l'actualisation du nombre de lits disponibles (préciser)</i>	
<i>Fréquence de l'actualisation du nombre de lits disponible</i>	
<i>Procédure écrite de réservation des lits</i>	



Système d'information	
Connaissance des résultats biologiques	
<i>Serveur de résultats biologiques (nombre)</i>	
<i>Imprimante déportée (nombre)</i>	
<i>Résultats papier ou téléphonique</i>	
Transfert d'images radiologiques numérisées	
Informatisation du dossier médical	
<i>Dossier patient SAU</i>	
<i>Dossier patient SAU et hôpital</i>	
Logiciel de suivi des passages patients	
<i>Oui - Nom du logiciel</i>	
<i>Nombre de PC</i>	
<i>Nombre de boxes équipés</i>	
Postes téléphoniques	
<i>Mobiles (Nombre)</i>	
<i>Fixes</i>	
Accès archives dossier patient	
<i>Manuelle</i>	
<i>Electronique</i>	
Mesures et tableaux de bord sur temps de passages	
<i>Affichés discutés</i>	



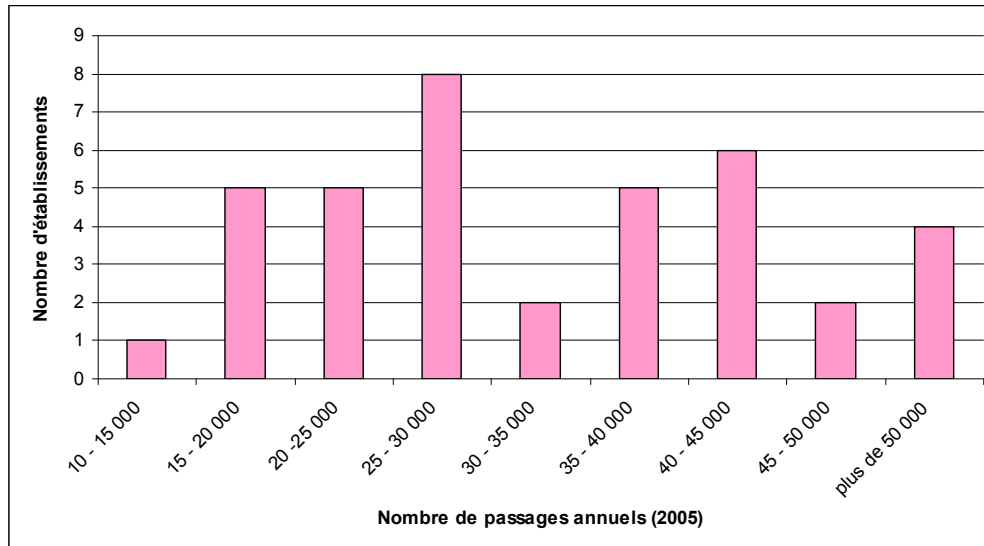
Annexe 3 – Nombre de passages annuels des services des urgences ayant participé au chantier

Le nombre de passages annuels arrondi au millier près est donné ci-dessous. Les données sont celles de l'année 2006.

Etablissement	Nombre de passages annuels (2006)
AP-HM Conception	47 000
AP-HM Nord	39 000
AP-HM Sud	32 000
Centre Hospitalier d'Abbeville	28 000
Centre Hospitalier d'Agen	23 000
Centre Hospitalier d'Alès	30 000
Centre Hospitalier d'Orléans	39 000
Centre Hospitalier de Bastia	27 000
Centre Hospitalier de Cambrai	22 000
Centre Hospitalier de Castres Mazamet	27 000
Centre Hospitalier de Cayenne	45 000
Centre Hospitalier de Chalon sur Saône	27 000
Centre Hospitalier de Charleville Mézières	36 000
Centre Hospitalier de Créteil	60 000
Centre Hospitalier de Landerneau	14 000
Centre Hospitalier de Langon	20 000
Centre Hospitalier de Laon	22 000
Centre Hospitalier de Mantes la Jolie	40 000
Centre Hospitalier de Moulins Yzeure	28 000
Centre Hospitalier de Perpignan	44 000
Centre Hospitalier de Rodez	25 000
Centre Hospitalier de Roubaix	41 000
Centre Hospitalier de Royan	18 000
Centre Hospitalier de Saint Briec	42 000
Centre Hospitalier de Troyes	42 000
Centre Hospitalier de Vendôme	16 000
Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	50 000
Centre Hospitalier Gabriel Martin	28 000
CHI des Portes de l'Oise	26 000
CHI Les Hôpitaux du Léman	34 000
CHU d'Amiens	19 000
CHU de Besançon	19 000
CHU de Caen	54 000
CHU de Lille	72 000
CHU de Nantes	60 000
CHU de Poitiers	37 000
Hôpital H. Mondor	44 000
Hôpitaux de Drôme Nord	25 000



La répartition des établissements par nombre de passages annuels est donnée ci-dessous.





Glossaire

AA : Accueil Administratif	ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines	RV : Rendez-vous
AES : Accident par Exposition au Sang	ECG : Electro Cardio Gramme	Rx : Radiographie
ARH : Agence régionale de l'Hospitalisation	EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes	SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
AS : Aide Soignant	EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles	SAU : Service d'Accueil des Urgences
ATB : Antibiotique	EVA : Echelle Visuelle Analogique	SAUP : Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques
ATCD : Antécédent	F : Face	SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
AVC : Accident Vasculaire Cérébral	FC : Fréquence cardiaque	SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
AVP : Accident de la Voie Publique	FR : Fréquence respiratoire	SPO2 : Saturation Partielle en Oxygène
BDE : Bureau Des Entrées	GDS : Gaz du sang	SU : Service d'Urgence
BNP : Facteur Natriurétique Auriculaire	GHS : Groupe Homogène de Séjour	T2A : Tarification à l'activité
BU : Bandelette Urinaire	HAS : Haute Autorité de Santé	TA : Tension artérielle
CAE : Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi	HDT / HO : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers / Hospitalisation d'Office	TC : Traumatisme crânien
CAT : Conduite A Tenir	IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation	TDM : Tomo Densito Métrie – scanner
CB : Carte Bancaire	IDE : Infirmier Diplômé d'Etat	UAU : Unité d'Accueil d'Urgence
CCMU : Classification Commune des Malades Urgents	INR : International Normalized Ratio	UF : Unité Fonctionnelle
CES : Contrat Emploi Solidarité	IPM : Ivresse Publique Manifeste	UMH : Unité Mobile Hospitalière
CH : Centre Hospitalier	IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil	UMPU : Unité de Médecin Post Urgence
CIMU : Classification Internationale des Malades Urgents	IRF : Infirmière de Régulation des Flux	UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
CME : Commission Médicale d'Etablissement	KT : Cathéter	UF : Unité Fonctionnelle
CMI : Certificat Médical Initial	MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation	USIC : Unité de soins intensifs de cardiologie
CR : Compte rendu	OPN : Os Propre du Nez	USIP : Unité de soins intensifs de pneumologie
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales	P : Profil	VAT : Vaccination Anti Tétanique
DDR : Date des dernières règles	PA : Pression artérielle	VL : Véhicule Léger
DIM : Département d'Information Médicale	PC : Poste Central	VP : Véhicule Personnel
DMU : Dossier Médical des Urgences	PEC : Prise En Charge	ZAC : Zone d'Attente Couché
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins	PH : Praticien Hospitalier	ZES : Zone d'Examens et de Soins
DRH : Direction des Ressources Humaines	PMA : Poste Médical Avancé	ZSCD : Zone de Soins de Courte Durée
DSSI : Direction des Services de Soins Infirmiers	PPM : Pôle Pluridisciplinaire de Médecine	ZSTCD : Zone de Soins de Très Courte Durée
	RAD : Retour A Domicile	4D : Application informatique bureautique
	RTT : Réduction du Temps de Travail	



Ce recueil de bonnes pratiques organisationnelles aux urgences est le résultat d'un travail conduit, de l'été 2007 à fin 2008, par la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) auprès de quarante et un établissements. Il s'inscrit dans la continuité des travaux menés depuis 2003 sur ce thème.

Destiné aux professionnels des services d'accueil des urgences, médecins, soignants et encadrement, ainsi qu'aux membres des services connexes (imagerie, laboratoire, service d'hospitalisation), cet ouvrage présente des pratiques mises au point par des services d'accueil des urgences pour réduire les temps d'attente et de passage aux urgences mais aussi améliorer la qualité et sécuriser la prise en charge de leurs patients.

Opérationnel, il a pour ambition d'apporter des réponses concrètes aux questions que peuvent se poser les professionnels :

- Comment améliorer les conditions d'accueil des patients et accompagnants ?
- Comment adapter l'organisation du service des urgences à l'activité en temps réel ?
- Comment intégrer la prise en charge de la douleur dès la prise en charge par l'IOA ?
- Comment assurer une prise en charge sécurisée des « patients couloir » ?
- Comment améliorer la sortie des patients ?
- Comment gérer l'hospitalisation des patients à partir des urgences à un niveau institutionnel ?

Fruit des travaux des professionnels de services d'accueil des urgences et de consultants (cabinets ADOPALE, AGAMUS Consult, AGEAL Conseil, FACTEA, ORGA Consultant, OXIANE, PERSPECTIVE et SANESCO), ce fascicule de bonnes pratiques ne prétend pas répondre à l'ensemble des problématiques liées à la permanence des soins. Il se contente de décrire comment certains professionnels ont apporté des réponses concrètes aux situations auxquelles ils ont été confrontés.

La coordination et l'animation des travaux ont été assurées par Dominique TALANDIER, chargé de projet à la MeaH et pilote de ce thème auprès d'une centaine d'établissements.

MeaH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

50 rue du faubourg Saint Antoine
75012 Paris
Tél. 01 53 33 32 60
Fax : 01 53 33 32 69
www.meah.sante.gouv.fr

ANAP
appui santé & médico-social