



Enquête DREES du 11 juin 2013 : Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences

Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières
Questionnaire Structure

Attention : questions 87 à 102 à renseigner impérativement le jour de l'enquête

Identification de la structure

En bleu : champs obligatoires

Nom de l'établissement : A1
 Numéro RNESS géographique : A2
 Nom de la structure des urgences : A3
 Type de structure : A4
 Nom de référence pour l'enquête : A5

Précisions sur l'accueil et la prise en charge :

- Existe-t-il dans la structure des urgences un circuit court ambulatoire dédié et distinct du circuit conventionnel des urgences ?
- Y a-t-il des accès directs dans les services (i.e. sans passer par les urgences) ?

Si oui en A7, lesquels ?

	A8	Oui, organisé	Oui, épisodique	Non tout passe par les urgences
Cardiologie	A8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie	A9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynécologie	A10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généraliste	A11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplômologie	A12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser en A13) :	A13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ressources humaines :

- Des médecins de l'établissement extérieurs au service des urgences et au SMUR participent-ils au tour de garde aux urgences (hors éventuels intermédiaires) travaillé dans le service (structure y compris UHCD) ?
- Existe-t-il une mutualisation du personnel entre le service des urgences et le SAMU/SMUR ?

Si oui, pouvez-vous indiquer le temps en équivalent temps plein (ETP) travaillé dans le service (structure y compris UHCD) ?

	A15	A16	A17
Pour le personnel médical	A15 []	Indiquer le n° A16 []	Indiquer le n° A17 []
Pour le personnel non médical	A15 []	Indiquer le n° A16 []	Indiquer le n° A17 []

L'organisation de votre service prévoit-elle que le médecin de SAMU ou SMUR soit impliqué simultanément dans les soins aux urgences ou inversement ?

- Existe-t-il un réseau des urgences (collaboration, partage de bonnes pratiques...) dans votre territoire ou toute autre forme de bonnes entre services des urgences ?
- Le cas échéant, en quoi consiste cette coopération ?

A18 Oui Non
 A19 Oui Non

A20

Carlos El KHOURY
Gilles VIUDES
Christophe VINCENT-CASSY
 pour la Commission Evaluation et Qualité



Un peu d'histoire: le tri IAO et la professionnalisation des urgences

La notion d'infirmier organisateur de l'accueil (IAO) a été introduite par la [circulaire du 14 mai 1991](#) relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale, intervenue à la suite du rapport Steg sur l'urgence à l'hôpital.

La fonction d'IAO a été introduite dans le [décret du 22 mai 2006](#) relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

L' [article D. 6124-18 du Code de la santé publique](#) stipule que :

Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient.

Ce texte marque la reconnaissance officielle de la fonction. Il est à noter néanmoins que la présence d'un IAO aux urgences dépend de l'activité de la structure, c'est-à-dire du nombre de passages.



L'implication de la SFMU

- L'intérêt d'un(e) IDE au triage a été reconnu par la SFMU en 2001 avec la création d'un Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers (actuelle Commission Soins et Urgences)
- Référentiel IOA SFMU du 15 mars 04 définit le rôle et les outils nécessaires
- **Le triage en structure des urgences -Recommandations formalisées d'experts SFMU 2013**
- L'impact organisationnel d'un(e) IDE au triage est prouvé et conclut à la reconnaissance et à la prise en charge rapide des malades les plus graves par l'IOA
- Le rôle d'un(e) IDE est de répondre à un double impératif, médical et organisationnel :
 - l'accueil de tout patient qui consulte aux urgences et l'établissement de priorités en fonction de critères complexes et intriqués (niveau de sévérité, de complexité, douleur).
 - Ce triage a pour but l'orientation des patients dans la bonne filière de soins en fonction des organisations spécifiques (enfant/adulte, traumatologie/non traumatologie, valide/couché, malade stable/instable, consultation sans/avec acte).
- De nombreuses échelles de tri existent:
 - ESI (Emergency Severity Index), ATS (Australian Triage Scale), the Canadian Emergency, Manchester Triage System (MTS), CIMU etc...
- Depuis juillet 2013, l'échelle de tri est celle proposée par la SFMU (arrêté du 24 juillet 2013)
- Une nouvelle version de cette échelle est en cours d'élaboration



Le triage en structure des urgences - Recommandations formalisées d'experts SFMU 2013

- 28 - Il faut que la fonction d'IOA puisse être assurée 24 heures sur 24. (accord fort)
- 29 - Les experts recommandent qu'entre 5 et 8 malades à trier par heure, un(e) IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission.
- 30 - Les experts recommandent qu'au-delà de 8 malades à trier par heure, l'IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission avec un renfort.

Le tri est prédictif de la consommation des ressources et du devenir des patients

Table 3 Predicted versus actual total resource consumption, consultations, admissions and discharge referrals by Emergency Severity Index category

	ESI-1	ESI-2	ESI-3	ESI-4	ESI-5
Patients, n (%)	2 (<1)	34 (2)	128 (7)	685 (37)	983 (54)
Use of resources					
Predicted by ESI	≥2	≥2	≥2	1	0
Patients needing resources, n (%; 95% CI)	2 (100)	33 (97; 91 to 100)	115 (90; 85 to 95)	427 (62; 59 to 66)	143 (15; 12 to 17)
Resources used, n					
>2	2 (100)	29 (85)	92 (72)	152 (22)	27 (3)
1		4 (12)	23 (18)	275 (40)	116 (12)
None		1 (3)	13 (10)	258 (38)	840 (85)
% Correct predicted	100	85	72	40	86
Specialist consultation, n (%; 95% CI)		29 (85; 73 to 98)	68 (53; 44 to 62)	158 (23; 20 to 26)	53 (5; 4 to 7)
Admissions, n (%; 95% CI)		19 (56; 38 to 73)	16 (13; 7 to 18)	23 (3; 2 to 5)	7 (<1; 0 to 1)
Discharge referral					
Specialist's clinic, n (%; 95% CI)		13 (38; 21 to 55)	52 (41; 32 to 49)	140 (20; 17 to 23)	83 (8; 7 to 10)
GP, n (%; 95% CI)		2 (6; 2 to 14)	25 (20; 13 to 26)	171 (25; 22 to 28)	222 (23; 20 to 25)

Graves : 10%

ESI, Emergency Severity Index; GP, general practitioner.

Summarises the distribution of the sample regarding admission, all-cause death outcome and consumption of x-ray, ECG and laboratory tests

MTS code		Triaged	Admitted (%)	Deaths (%)	Utilisation at ED (%)		
					x-Ray	ECG	Laboratory
Red	All	98	58 (59.2)	30 (30.6)	23.5	29.6	26.5
	Med	83	56 (67.5)	29 (34.9)	25.3	33.7	31.3
	Surg	15	2 (13.3)	1 (6.7)	13.3	6.7	0.0
Orange	All	3467	427 (12.3)	113 (3.3)	37.7	45.3	60.0
	Med	3076	374 (12.2)	107 (3.5)	36.6	49.7	65.4
	Surg	391	53 (13.6)	6 (1.5)	46	11.0	17.1
High acuity/priority	All	3565	485 (13.6)	143 (4.0)	37.3	44.9	59.1
	Med	3159	430 (13.6)	136 (4.3)	36.3	49.3	64.5
	Surg	406	55 (13.5)	7 (1.7)	44.8	10.8	16.5
Yellow	All	8150	386 (4.7)	72 (0.9)	38.5	17.7	33.7
	Med	5523	234 (4.2)	60 (1.1)	32.4	23.6	27.5
	Surg	2627	152 (5.8)	12 (0.5)	51.2	5.3	8.4
Green	All	10 982	146 (1.3)	32 (0.3)	34.0	4.9	13.6
	Med	4950	74 (1.5)	23 (0.5)	28.0	9.4	27.5
	Surg	6032	72 (1.2)	1 (0.1)	39.0	1.1	2.1
Blue	All	918	3 (0.3)	3 (0.3)	19.9	2.8	7.5
	Med	389	2 (0.5)	2 (0.5)	26.2	6.2	16.7
	Surg	529	1 (0.2)	1 (0.2)	15.3	0.4	0.8
Low acuity/priority	All	20 050	535 (2.7)	107 (0.5)	35.2	10.0	21.5
	Med	10 862	310 (2.9)	85 (0.8)	30.2	16.5	36.3
	Surg	9188	225 (2.4)	22 (0.2)	41.1	2.3	3.9
White	All	1106	108 (9.8)	26 (2.4)	16.0	5.8	10.3
	Med	309	68 (22)	20 (6.5)	17.2	9.1	22.7
	Surg	797	40 (5.0)	6 (0.8)	15.6	4.5	5.5
Total	All	24 721	1128 (4.6)	276 (1.1)	34.6	14.8	26.4
	Med	14 330	808 (5.6)	241 (1.7)	31.2	23.6	42.3
	Surg	10 391	320 (3.1)	35 (0.3)	39.3	2.8	4.5

ED, emergency department; MTS, Manchester Triage System.

Le premier rôle de l'IOA: affecter le patient dans la bonne filière

■ TABLEAU 2

Diagnostics des patients à la sortie des urgences et durée de présence, hormis ceux hospitalisés en UHCD

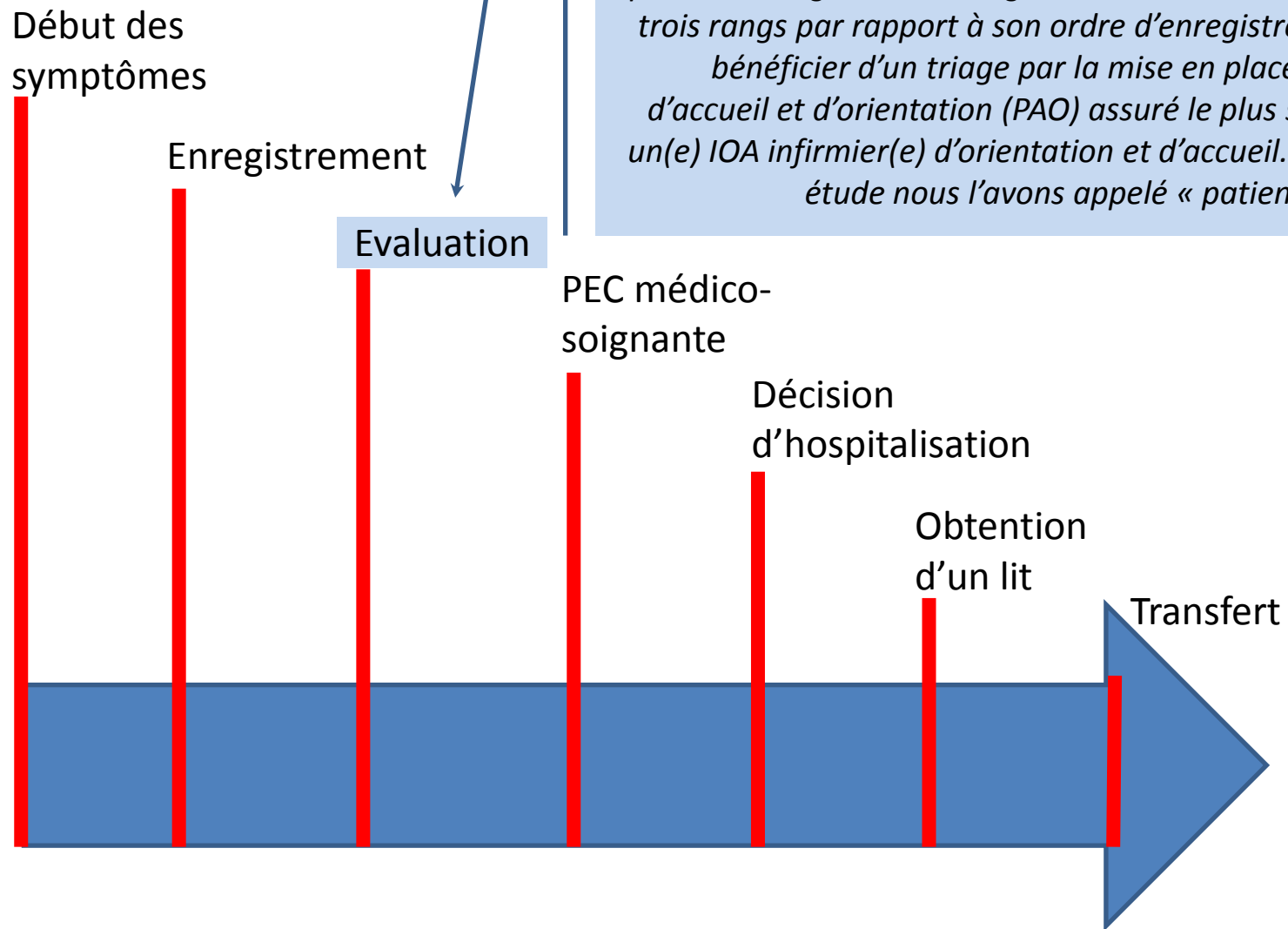
En %

	Moins de 1 heure	de 1 h à moins de 2 h	de 2 h à moins de 4 h	de 4 h à moins de 6 h	de 6 h à moins de 8 h	8 h et plus	Total	Part
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	21,4	37,4	30,5	7,2	1,9	1,4	100,0	39,8
Lésions traumatiques, du poignet et de la main, cheville et du pied	20,5	41,4	31,1	5,3	0,9	0,6	100,0	15,6
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	10,7	19,5	34,1	19,5	9,7	6,4	100,0	17,0
Symptômes et signes généraux (malaise, fatigue, céphalée, fièvre...)	10,4	20,3	33,2	20,2	9,7	6,1	100,0	5,8
Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	10,3	18,8	36,0	19,7	9,4	5,7	100,0	4,3
Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	8,8	18,5	34,7	20,4	10,6	6,7	100,0	4,1
Affections de l'appareil respiratoire	18,8	25,2	32,2	13,3	5,6	4,9	100,0	5,3
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	7,3	12,2	30,9	26,7	12,6	10,2	100,0	2,7
Cardiopathies ischémiques, hypertensives, troubles du rythme et autres	6,4	10,5	30,0	26,2	13,4	11,4	100,0	2,0
Affections du système digestif, maladies endocriniennes, de la nutrition et du métabolisme, et troubles immunitaires	13,3	19,7	30,9	17,8	9,6	8,6	100,0	5,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	18,7	28,4	32,8	12,5	4,6	2,8	100,0	5,8
Troubles mentaux	16,3	20,1	30,2	15,3	5,9	11,9	100,0	3,9
Maladies du système nerveux, dont :	8,1	15,5	31,5	20,2	12,5	12,0	100,0	2,0
Affections épisodiques et paroxystiques	9,8	16,0	36,9	16,9	10,7	7,7	100,0	0,8
Maladies cérébrovasculaires	7,5	10,2	26,1	24,0	16,0	15,6	100,0	0,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	42,9	28,9	16,8	6,9	2,1	2,3	100,0	3,7
Maladies des organes génito-urinaires	11,4	17,4	33,8	19,2	10,5	7,2	100,0	3,2
Maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille de l'apophyse mastoïde	32,8	33,4	22,4	6,7	2,7	1,7	100,0	3,1
Maladies infectieuses et parasitaires	20,4	26,8	30,3	13,2	4,4	4,7	100,0	2,5
Affection de la peau et des tissus sous cutanés	24,7	33,7	29,0	9,9	1,7	1,1	100,0	2,6
Autres	18,4	22,3	26,9	14,6	7,5	10,2	100,0	1,3
Non-réponse	29,6	25,9	27,5	9,1	3,0	4,9	100,0	1,7
Total	19,0	28,6	30,6	12,3	5,1	4,3	100	100

Plus de 50% des patients, affectés dans les bonnes filières sortent en moins de 2 heures

Sources : DREES : Enquête Urgences juin 2013, données statistiques

Méthode

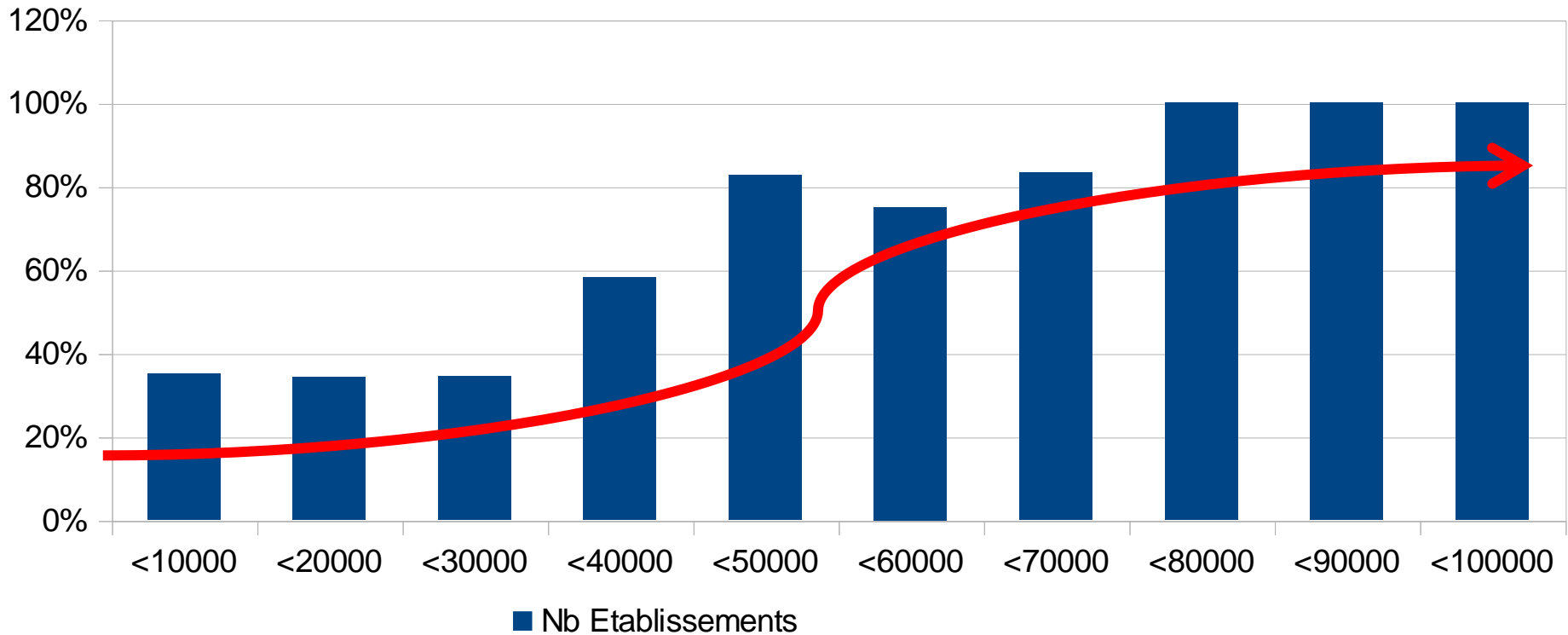
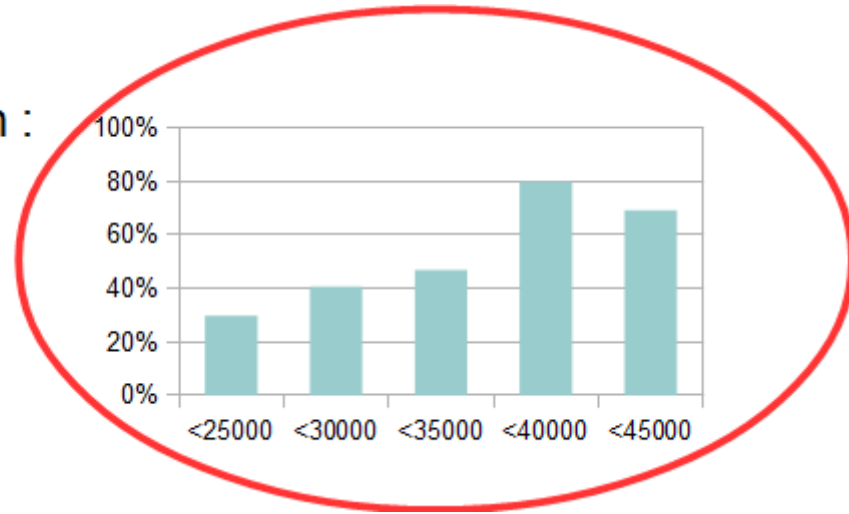


Le délai évaluation-prise en charge médico-soignante reflète le rôle de l'IOA dans le triage et la priorisation des patients les plus urgents en fonction de leur niveau de gravité.

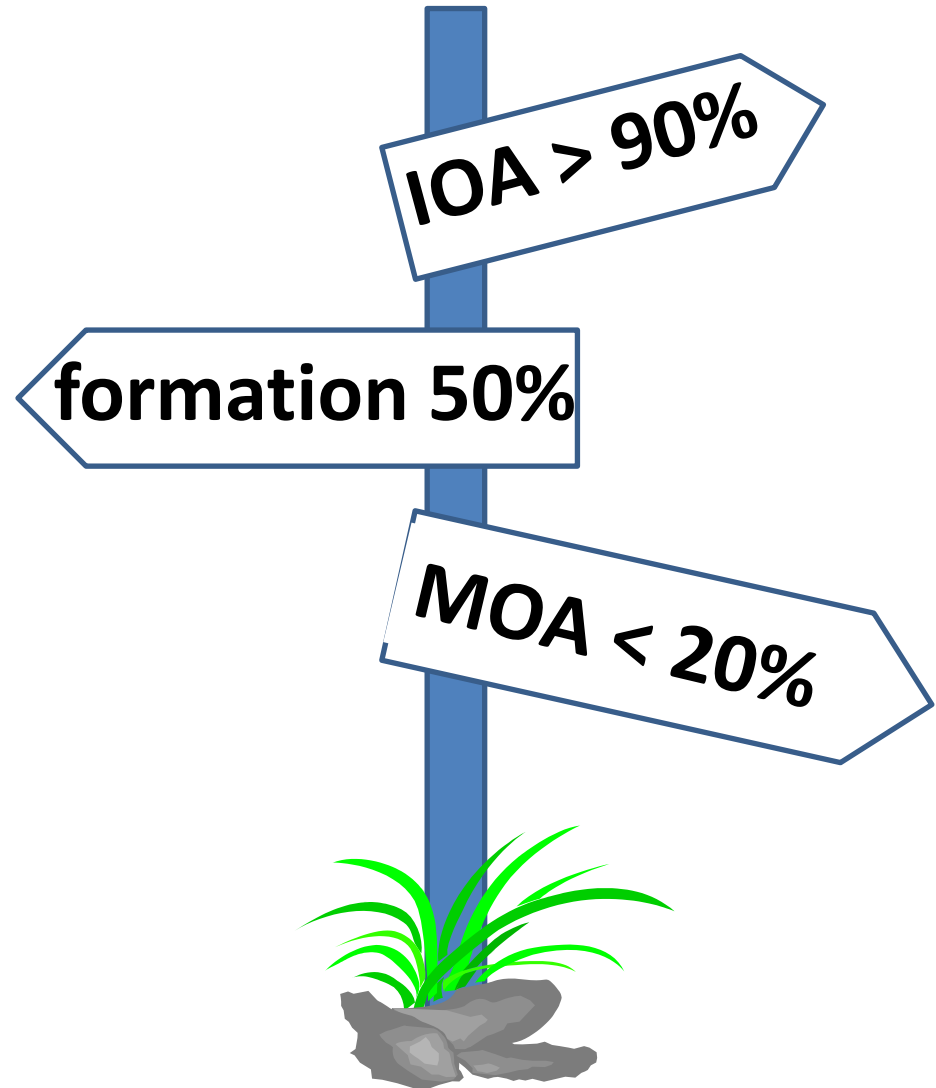
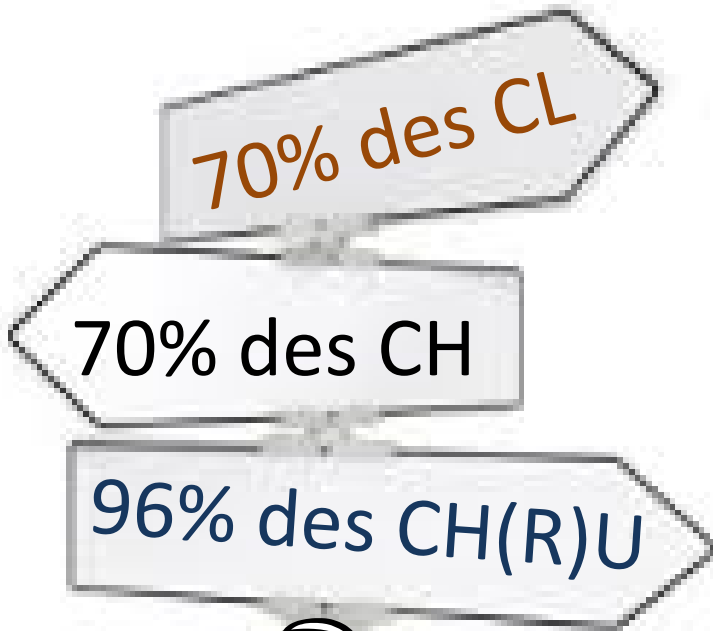
Nous avons émis l'hypothèse que le patient dont l'ordre de prise en charge médico-soignante a été avancé d'au moins trois rangs par rapport à son ordre d'enregistrement, a pu bénéficier d'un triage par la mise en place d'un Poste d'accueil et d'orientation (PAO) assuré le plus souvent par un(e) IOA infirmier(e) d'orientation et d'accueil. Dans notre étude nous l'avons appelé « patient priorisé ».

chercho
ns
IOA
24/7

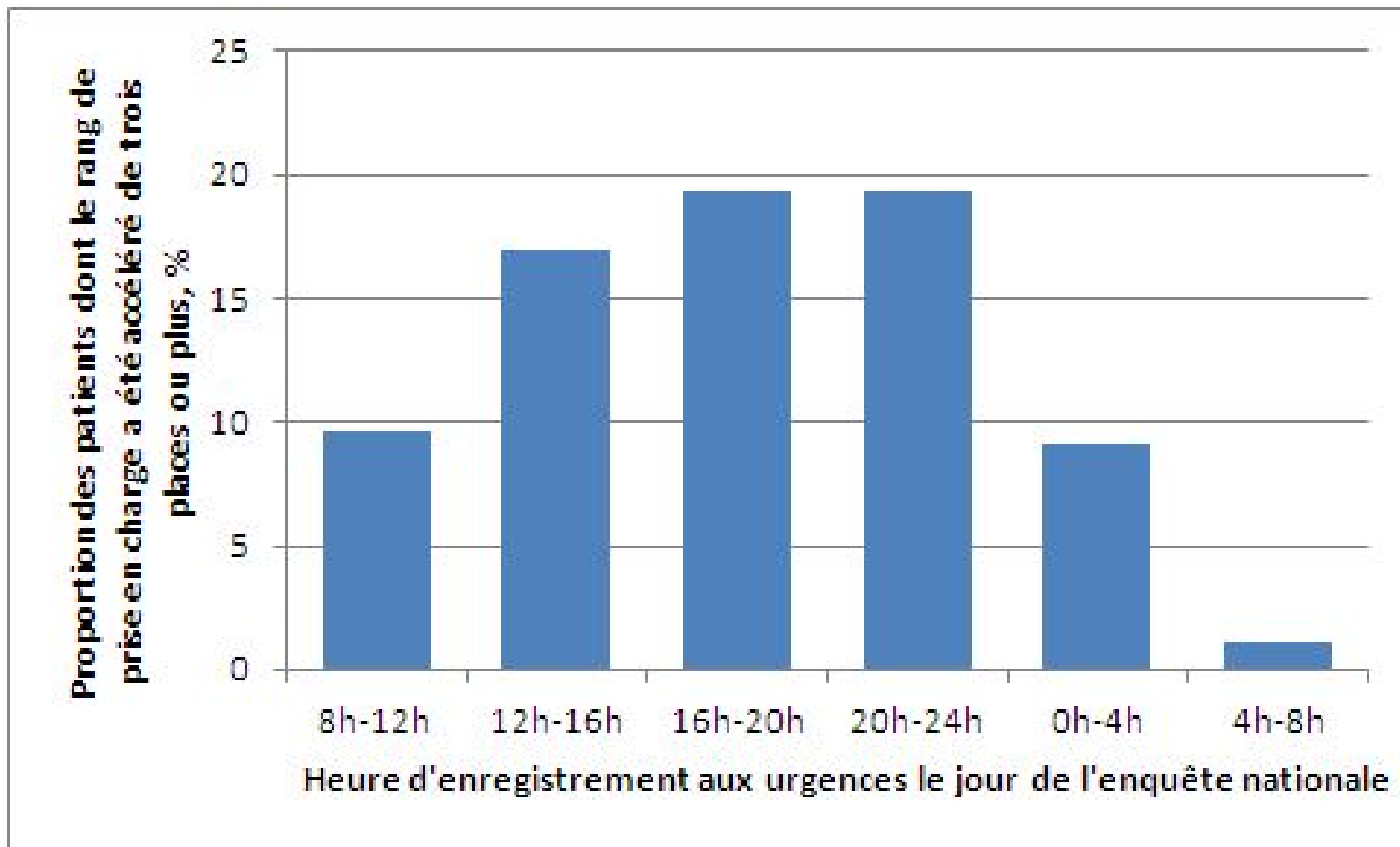
Zoom :



Triage ou affichage ?



Proportions de patients prioritisés



Influence du Tri IOA



Le délai entre IOA et 1^{er} contact médical est de :

- 41,2 minutes en moyenne en absence de signes de gravité
- 19 minutes dans les cas *ou l'ordre de prise en charge médico-soignante a été avancé d'au moins trois rangs par rapport à son ordre d'enregistrement (moins de 10 minutes dans 50% des cas)*

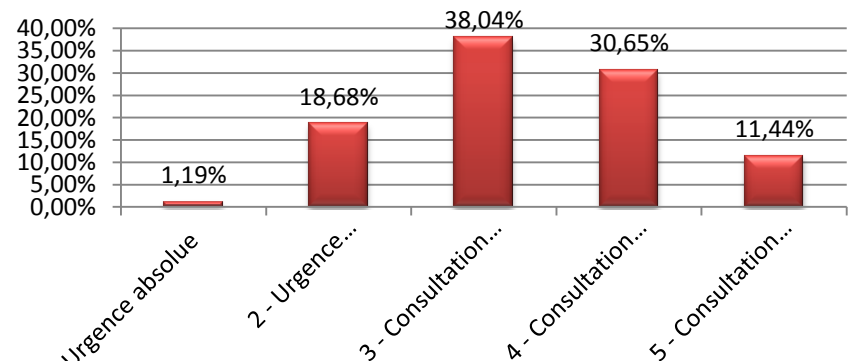
Rôle (impact) de l'IOA

Dans les points d'accueil fonctionnant avec un **PAO** (Point accueil et orientation)

- 19% (7546) des patients ont été priorisés entre l'enregistrement et la prise en charge médico-soignante
- contre 4% (235) quand celui n'était pas mis en place

Dans les points d'accueil disposant d'une **IOA**,

- 17,17% (6 855) des patients ont été priorisés entre l'évaluation et la prise en charge médico soignante
- contre 1,75% (104) dans les structures ne disposant pas d'IOA.



Effet réel sur les patients graves

- Doublage de 3 rangs ou plus 17%
(hypothèse de départ)
- Doublage de 5 rangs ou plus 9%
- Doublage de 10 rang ou plus 2%



Médiane à 5

Cas de mutualisation des équipes médicales

Dans les structures où le médecin exerçant à l'accueil est impliqué dans l'activité SMUR ou SAMU :

- 16,85% des patients ont été priorisés par l'IOA
- contre 17,91% dans les structures qui disposaient d'équipes médicales dédiés à l'accueil.

Dans les structures où le médecin des urgences est impliqué dans l'activité SMUR ou SAMU ou inversement:

- 16,85% des patients ont été priorisés entre l'évaluation et la prise en charge médico soignante par l'IOA
- contre 1% dans les structures qui ne disposaient pas d'IOA.

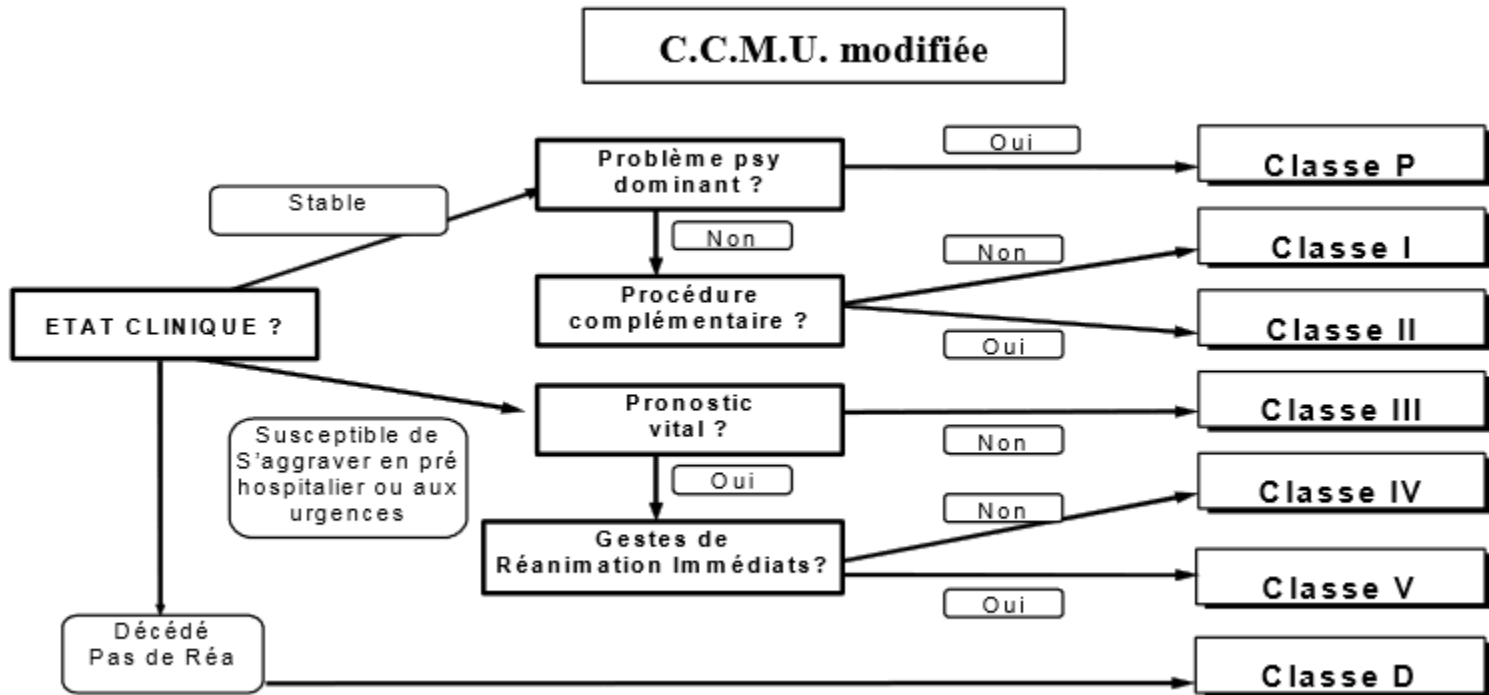


ccmu...

- 1 État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables
 - 2 État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables, Décision d'acte complémentaire
 - 3 État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences
 - 4 Situation pathologique engageant le pronostic vital
 - 5 Situation pathologique engageant le pronostic vital réanimation immédiate
- D Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.
- P Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

La valeur CCMU est manquante dans 5373 questionnaires.
L'évaluation du score CCMU révèle que 21% des CCMU 5 ont été priorisés entre l'évaluation et la prise en charge médico soignante

Un peu d'explications...





Les 10 incohérences du CCMU

- 1) 38% des CCMU 1 versus 35% des CCMU 5 ont été orientés dans un circuit court...
- 2) 63% des CCMU 3, 67% des CCMU4 et 60% des CCMU5 ont bénéficié d'un acte d'imagerie...
- 3) 78% des CCMU 3, 74% des CCMU4 et 51% des CCMU5 ont bénéficié d'un acte de biologie...
- 4) 48% des CCMU 2, 51% des CCMU2 et 56% des CCMU3 et 47% des CCMU 5 ont bénéficié d'un acte de soins...
- 5) 34% des CCMU4 et 39% des CCMU5 sont installés en SAUV...



Les 10 incohérences du CCMU

- 6) 16% des CCMU 1 et 13% des CCMU5 ont passé plus de 30 minutes dans le couloir...
- 7) 50% des CCMU 5 sont rentrés à domicile et 14% des DCD..
- 8) 6% des CCMU1, 9% des CCMU2 et 8% des CCMU3 sont re-transférés...
- 9) 57% des CCMU 3, 65% des CCMU4 et 46% des CCMU 5 ont été hospitalisés...
- 10) 20% des CCMU3, 26% des CCMU 4 et 23% des CCMU5 ont été « priorités » par l'IOA, au total 17% des pts priorités ont été répartis assez uniformément entre le CCMU 1 et 5 (de 16% à 26%)



Une nouvelle échelle de tri

Proposition d'un algorithme

SFMU motif de recours	Tri M	V2	modulateur 1	modulateur 2	modulateur 3A	modulateur 3B	modulateur 4	modulateur 5
CARDIOVASCULAIRE								
adulte								
Arrêt cardiorespiratoire	1							
Hypotension/collapsus	2		TAS < 70 mm Hg	TAS < 90 mm Hg		TAS/FC < 1 (shock index < 1)		
Membre douloureux/froid ou pâle/ischémie	2			< 24 h et/ou cyanose/déficit mote		durée > 24 h		
Douleur thoracique	3B		ECG de SCA	ECG anormal, non typique de SCA	Coronarien ou x facteurs de risque	ECG normal		
Malaise	3B							
Tachycardie/tachyarythmie	3B		FC > 180/mn	FC > 140/mn		FC > 120/mn sans signes associés		
Bradycardie/bradyarythmie	3B			FC < 40/mn		FC 40-50/mn et signes associés	FC 40-50/mn sans signes associés	
Dyspnée/insuffisance cardiaque	3B		détresse respiratoire ou FR > 40/	dyspnée sévère ou FR 30-40, SpO2 86-90%				
Cedème des membres inférieurs/insuffisance cardi	3B							
Palpitations	4		FC > 180/mn	FC > 140/mn		malaise		
Hypertension artérielle	4			TAS IOA > 220 mm Hg ou > 180 et SF associés		TAS IOA > 180 mm Hg		
Dysfonction stimulateur/défibrillateur cardiaque	4	3B				avis référent (MAO, MCO)		
Membre douloureux/chaud ou rouge /phlébite	4					signes locaux francs ou siège pri	signes locaux modérés ou siège	

Conclusions

- Le bénéfice de l'IOA sur la priorisation des urgences en fonction de leur motif, du conseil d'un médecin ou du SAMU, du transport par le SMUR ou les Sapeurs-Pompiers, est indiscutable. ...
- Il peut être potentialisé dans les structures qui disposent de médecins dédiés à l'accueil (12% des points d'accueil) ou réduit dans les structures où les médecins sont impliqués dans l'activité du SAMU ou du SMUR ou inversement.
- La CCMU n'est pas définitivement un critère de tri...



Remerciements

- A l'équipe DREES : Gwennaelle BRILHAULT, Hélène VALDELIEVRE, Bénédicte BOISGUERIN, Albert VUAGNAT, Layla RICROCH,
- A Elodie FLOCARD pour les statistiques
- Aux membres de la commission évaluation et qualité de la SFMU
- A tous les urgentistes de France pour avoir joué le jeu...