

POLE MEDECINE D'URGENCE, POLYVALENTE, PROXIMITE, PENITENTIAIRE – HYPERBARIE DEPARTEMENT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE D'URGENCE	
FONCTIONNEMENT CIRCUIT COURT DES URGENCES PASTEUR II	
Ref ennov doc	VERSION 001
Rédaction	
Dr CANAC Benoit	16/06/2022
Vérification	
Approbation	
Dr CONTENTI Julie ; Responsable CR DHUMU Mme KACEMI Séverine ; RSP	
Diffusion	
Equipe médicale et paramédicale Département Hospitalo-Universitaire de Médecine d'Urgence Encadrement DHUMU ; Encadrement de garde ; Equipe Brancardage ; Sécurité ; Equipes de radiologie	
Date d'application	
20/06/2022	

III. Effectif soignant du Circuit Court

Médecin sénior

- Responsable médical du circuit court :
 - 8h00-18h00 : Médecin ISAU (Si absent : Médecin SAUV)
 - 18h00-8h00 : Médecin SAUV
- Autres médecins séniors du circuit court en jour ouvré
 - Dr Abdelghami (poste partagé avec Policlinique)
 - Docteur Junior, Assistants Spécialistes de Médecine Générale

Internes en médecine

- En journée de jour ouvré
 - Deux sur la plage 8h00-13h00
 - Trois sur la plage 13h00-18h30
- En permanence de soin
 - Un interne de garde
 - Renfort par interne d'étage jusqu'à minuit

Effectif paramédical

- En journée (7h30-19h30) : 1 IDE + 1/2 AS (partagée MCT3)
- En nuit : (19h30-7h30) : 1/2 IDE + 1/2 AS (Circuit Court + Renfort MCT 3)

IV. Patients éligibles au Circuit Court

Le principe premier de l'orientation des patients en circuit court hors avis MAO est que le patient ne doit jamais nécessiter de surveillance médicale continue.

- Patient victime de traumatisme périphérique de membre isolé ou non
- Patient présentant un traumatisme du rachis sans déficit neurologique
- Patient nécessitant une exploration / suture de plaie sans autre soins.
- Patient relevant habituel du CCM, à savoir patient ambulatoire ne nécessitant à priori qu'une consultation médicale simple.
- Sur avis du médecin d'accueil et d'orientation uniquement (Traçage nominatif impératif)
 - Traumatisme crânien et thoraco-abdominal de faible cinétique, chez un patient ne prenant ni anti agrégant ni anticoagulant.
 - Quand l'activité le permet en Circuit Court et le nécessite en MCT, pathologies médico-chirurgicales dont la durée de prise en charge prévisible est courte (liste non exhaustive)
 - Epistaxis sans traitement agrégant / anticoagulant
 - Rétention aiguë d'urine simple
 - Accident d'exposition aux virus
 - Patient debout ou assis admis au SAU pour avis spécialisé
 - Levée de doute intoxication au CO
 - Suspicion de colique néphrétique apyrétique chez un sujet jeune

V. Principe de dynamisme de la circulation du patient

Pour optimiser le flux de patient au mieux et donc remplir son rôle de soutien à la zone MCT, la circulation du patient que ce soit entre les zones d'attente, les salles d'examen ou la radiologie, ou dans son positionnement (brancard, chaise, debout) doit être fluide.

En journée, le médecin d'accueil et d'orientation est le garant de cette fluidité, la débrancardisation et le retour systématique en zone d'attente permettant un meilleur turn over et une meilleure sécurité des soignants. Aucun patient ne doit déambuler dans le couloir hors transferts vers ou depuis la radiologie.

VI. Circuit patient

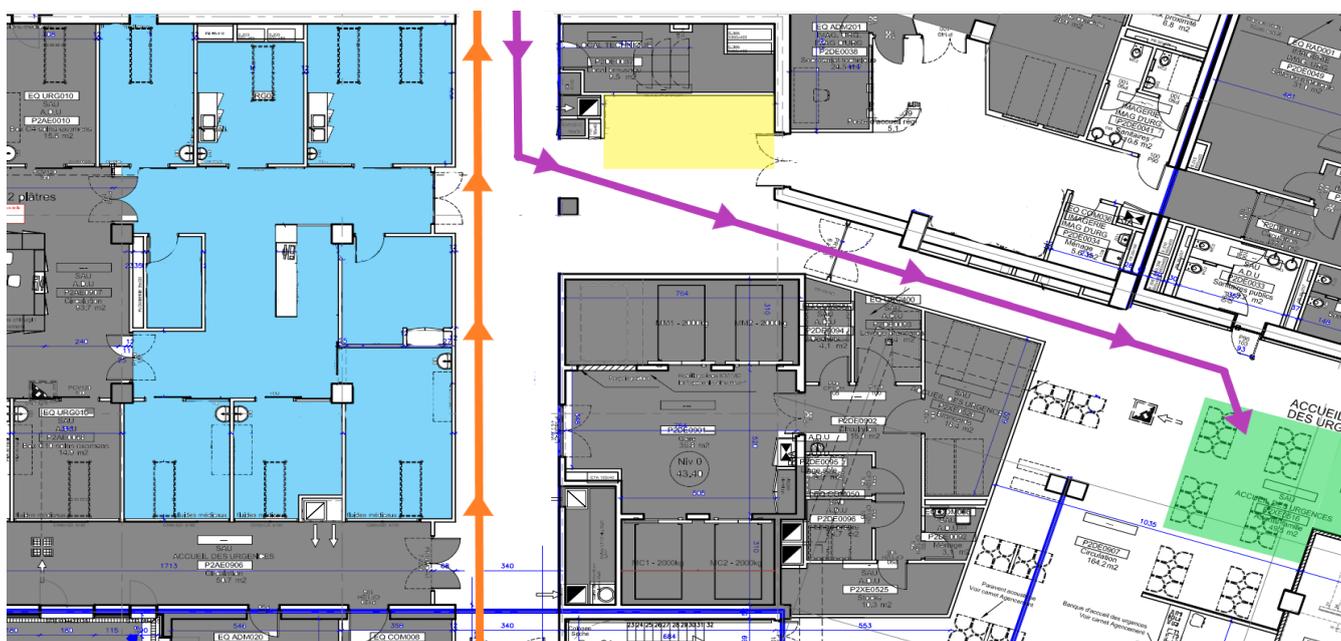
Les patients en chaise et debout gardent leur dossier avec planche d'étiquette en permanence avec eux tout au long de la prise en charge

a. Spécificité du protocole RADIOA

Pour les patients présentant un traumatisme isolé de membre, le protocole de coopération entre professionnel de santé déléguant la prescription de radiographies s'applique. L'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) prescrit donc la radiographie selon le protocole et oriente le patient directement en salle d'attente de radiologie.

Pour les patients pouvant marcher, un marquage au sol (flèche orange) les guide vers la radiologie. A leur retour, ils seront accompagnés par un brancardier jusqu'en salle d'attente (flèche violette) ou ils attendront d'être appelé par le médecin en charge de leur dossier.

Pour les patients en brancard ou en chaise, ils seront accompagnés par un brancardier jusqu'en radiologie et au retour, déposé soit dans la zone d'attente brancard (en jaune) soit dans la zone d'attente debout/assis (en vert)



b. Circuits depuis l'IAO selon le cas

- Pour le patient ambulatoire debout ou sur chaise ne nécessitant pas de radiographies : passage direct en zone d'attente du circuit court
- Pour le patient en brancard ne nécessitant pas de radiographies : installation en box si disponibles ou à défaut en zone d'attente brancard
- Pour les patients algiques nécessitant un traitement rapide : passage directement en box ou en couloir zone de soin

c. Circuit patient au cours de sa prise en charge

Une fois arrivé dans sa zone d'attente (debout en salle d'attente ou zone d'attente couché), le patient attend qu'un membre de l'équipe soignante vienne le chercher pour l'amener en box de soin. Une fois l'examen médical ou le soin terminé (plâtre, suture, pansement...), soit le patient est sortant et est dirigé vers le secrétariat, soit il est en attente d'une suite de prise en charge et il est raccompagné en zone d'attente.

VII. Surveillance et prise en charge antalgique

a. Surveillance des patients en zone d'attente

Pour rappel, les patients admis dans le circuit court des urgences ne doivent pas nécessiter de surveillance médicale continue.

La surveillance est assurée par l'équipe soignante de la zone circuit court – qui fait un passage régulier dans les deux zones d'attente, en étant attentif à l'évaluation de la douleur.

b. Optimisation de la prise en charge antalgique

Dans ce circuit court, la prise en charge antalgique des patients admis pour traumatisme reste un défi : en sus des protocoles d'antalgie en zone IAO (Dolitabs, Oxynorm, Pentrox) sera entrepris un développement des méthodes nouvelles avec une part importante donnée au per os et à l'intranasal. La fixation d'une IDE sur la zone de soin avec passages en salle d'attente aura pour bénéfice direct l'évaluation de la douleur chez ces patients.

Une armoire à pharmacie spécifique est en cours de déploiement dans le bureau médical du circuit court.

VIII. Aménagement à effectuer

a. Zone d'attente debout / chaise

- Suppression d'un bloc de chaises fixes pour création d'une zone délimitée de stationnement des patients en chaise roulante.
- Délimitation de plusieurs blocs de chaises fixes à destination des patients debout et de leurs accompagnants.

b. Zone d'attente couché

- Suppression des chaises fixes entre le grand couloir des urgences et le salon de sortie, maintien des strapontins pour attente accompagnant.
- Mise en service d'une télévision en lieu et place de l'actuelle

c. Postes informatiques

- Objectif 4 postes informatiques dans le bureau médical (+1 poste)
- Objectif 2 postes informatiques au niveau de la banque de zone et suppression du poste mobile (même nombre de postes)
- Ajout d'un poste informatique dans le box T6 (cf. point ci-après)

d. Aménagement Box « T6 »

Adaptation du box T6 pour en faire un box de soins ambulatoires avec :

- Un bureau, deux chaises
- Un poste informatique
- Un brancard fixe
- Un kit otoscopique fixe (à discuter)