

L'AFIU en tant qu'association professionnelle dispose d'un panel d'expert de terrain dans le domaine de la médecine d'urgence mais aussi d'experts capable de traduire les recommandations scientifiques actuelles en action de terrain.

Ce document se veut un guide d'ouverture à la réflexion pour chaque service. Il regroupe l'expérience vécue par nos adhérents et experts durant la première vague COVID-19, il correspond aussi à ce que l'AFIU rend comme avis aux politiques qui la questionnent sur cette matière.

Cette lettre de recommandations s'articule sur 5 grands thèmes qui peuvent être le siège d'actions concrètes.

1. La structure du service

Tenant compte des éléments suivants :

- La plupart des services d'urgences n'ont pas été conçus en tenant compte d'un principe de séparation de flux « contaminés » vs « non contaminés » mais certains disposent de box d'isolement.
- Le flux actuel de patient à la différence de la première vague comprend aussi bien des patients de type COVID-19 que l'activité habituelle des urgences ce qui se traduit par une variabilité importante d'occupation des locaux.
- Les symptômes des patients évoluent vers les symptomatologies hivernales qui sont superposables au symptômes COVID-19 et donc confondants.
- Les salles d'attente permettent rarement le respect de la distanciation sociale ou leurs capacités doit être réduite drastiquement pour pouvoir le faire.

Les meilleures recommandations sont :

- ***d'envisager le concept de flux « respiratoire » vs « non-respiratoire » et ne pas se focaliser sur le COVID-19 même.***
- ***d'externaliser si possible l'accueil des patients « respiratoires » qui n'ont pas de signes de gravité au moyen d'une boucle de prise en charge rapide (si possible gérée par du personnel ne provenant pas du staff des urgences) avec frottis et retour à domicile.***
- ***de dédier des zones d'attente distinctes entre patients « respiratoires » vs « non-respiratoires », les patients étant autorisés à se croiser pour autant qu'ils restent porteurs de leurs masques.***
- ***D'adopter une gestion des espaces à géométrie variable en sortant du concept de zone propre / zone sale, l'isolement des patients « respiratoires » étant assuré dans des box qui après nettoyage peuvent aussi accueillir des patients « non-respiratoires ». Cela permet d'adapter la capacité d'accueil du service aux caractéristiques des patients qui le fréquente. Un renfort du service de nettoyage est obligatoire.***

2. Accueil et triage des patients

Tenant compte des éléments suivants :

- Le triage des patients dans une situation où les besoins dépassent les moyens mis en œuvre est un élément crucial de la gestion du flux.
- Beaucoup de services disposent d'un système de tri Evidence Based et qui repose sur des infirmier.e.s titré.e.s autorisés par la loi à effectuer cette tâche et disposant d'une expertise dans le domaine.

Les meilleures recommandations sont :

- ***Mettre en place un circuit de consultation parallèle entre 10h et 22h, géré par du personnel indépendant du service des urgences et qui a pour objectif de prendre en charge des patients « légers » et « non-respiratoires » dont la prise en charge au sein des urgences n'a pas de valeur ajoutée.***
- ***Autoriser l'infirmier.e de triage à référer à cette consultation en H+24 des patients de bas niveau de gravité.***
- ***Autoriser l'infirmier.e de triage à utiliser d'autres stratégies de prises en charge que le service des urgences.***

3. Pendant le séjour aux urgences

Tenant compte des éléments suivants :

- Le patient « respiratoire » est isolé et nécessite des ressources humaines et matérielles à chaque entrée dans le box.
- La capacité du service est directement impactée par la capacité de transfert du patient « respiratoire » notamment lorsqu'un lit USI est nécessaire (disponibilité de place).
- La disponibilité médicale dans un service d'urgences est parfois inférieure à la disponibilité infirmière.
- Les activités dédiées aux infirmier.e.s ne sont pas que de l'activité nursing pure.
- Les patients « respiratoires » aigus ou sub-aigus consomment plus de ressources infirmières.

Les meilleures recommandations sont :

- ***Mettre en place un itinéraire clinique de prise en charge des symptomatologies respiratoires permettant à l'infirmier en autonomie d'activer une série de ressources (activités) AVANT que le patient ne soit vu par un médecin. Cela diminue les entrées et sorties d'un box d'isolement et permet une meilleure gestion des ressources infirmières. L'intégration de cet itinéraire clinique dans le système informatique du service des urgences est un plus.***
- ***Mettre en place un protocole de traitement « COVID » standardisé de manière à éviter les erreurs liées à la variabilité des traitements dans un contexte où le flux de données concernant les patients est de nature à générer des erreurs. L'intégration de ce protocole dans le système informatique du service des urgences est un plus.***
- ***Un service d'urgences en surcharge a tendance à voir sa vitesse de prise de décision pour le trajet patient réduite parce qu'un travail d'équipe dans ces circonstances est plus difficile, mettre en place un binôme infirmier.e / médecin ou un infirmier.e aguerri seul chargé de faire le point /2h sur l'état d'avancement du trajet des patients au sein du service. L'objectif est de fluidifier le trajet du patient au sein du service.***



- **Renforcer les capacités de surveillance des patients séjournant plusieurs heures dans le service au moyen d'infirmier.e hospitalier.es non spécialistes des urgences qui réalisent des activités au sein du service des urgences dans un cadre bien défini et sous supervision des infirmiers spécialistes de la discipline (prise de paramètres, contrôles bio, gestion des médicaments,...)**
- **Dans la mesure où des patients adressés aux Soins Intensifs doivent séjournier de longues périodes aux urgences en attendant leur transfert, solliciter les USI pour obtenir l'expertise d'un infirmier.e intensiviste pour le conditionnement du patient avant son admission à l'USI ou son transfert vers un autre hôpital.**
- **Diminuer la pression de l'activité sur l'équipe infirmier.e en transférant des tâches non-infirmières à du personnel soignant vs non-soignant. (renfort administratif pour les inscriptions et la gestion des contacts, aide-soignant pour le transfert du patient en hospitalisation, l'accompagnement au scanner ou en radiologie et le suivi des besoins de bases des patients au sein des urgences.**
- **Utilisation de l'Early Warning Score comme outil d'adressage hospitalier du patient.**
- **Mise en place d'un facilitateur « hospitalisation » et qui ne fait pas partie du staff des urgences chargé de prendre les contacts en vue de la sortie du patient en hospitalisation ou de son transfert.**

4. Collaboration avec la première ligne

Tenant compte des éléments suivant :

- Nous ne disposons pas d'un langage universel concernant les degrés de gravité de nos patients, ceci complique singulièrement les contacts à distance entre professionnels.
- Des choix thérapeutiques doivent être mis en œuvre aux urgences et ils ne reposent pas sur une connaissance de long terme des patients concernés.

Les meilleures recommandations sont :

- **Obtenir l'obligation d'un « statut » pour chaque patient référé par une institution ou un médecin.**
- **Utilisation d'une échelle simple de gravité (EWS) pour améliorer la transmission de l'état de santé du patient. (calcul du score avec les professionnels lors d'un appel)**



5. Ressources Humaines

Tenant compte des éléments suivants :

- Faible disponibilité d'infirmier.e disposant des capacités de fonctionner en autonomie au sein du services des urgences en dehors du staff des urgences.
- Difficulté à déléguer ressentie par le personnel des urgences.
- Lourdeur de la logistique matériel.
- Fatigue décrite par le personnel.
- Le recrutement de personnel non-infirmier ne subit pas la même pression démographique.
- Gérer l'arrivée d'une aide au sein du service est aussi une charge de travail en terme de formation.
- Nécessité de mettre en place des stratégies de préventions du burn-out
- Nécessité d'offrir du support aux équipes.

Les meilleures recommandations sont :

- ***Introduire au minimum un aide-soignant par shift de manière à soulager l'équipe infirmière des soins de bases.***
- ***Etendre les fonctions des logisticiens au sein des services (gestion des EPI, contrôle de l'approvisionnement, ...)***
- ***Quand c'est possible diminuer la longueur des shifts et organiser une pause obligatoire de 10 minutes / 2h.***
- ***Mettre en place des e-learning permettant aux « externes » au service des urgences de comprendre son fonctionnement.***
- ***Confier l'accompagnement des « aides » amenée à renforcer le service des urgences à un professionnel externe au service des urgences au préalable formé.***
- ***Utiliser des techniques de type Shadowing Program (être l'ombre d'un professionnel des urgences) pour comprendre les modes d'actions au sein des urgences.***
- ***Autoriser le professionnel de la santé à refuser la prise en charge d'un patient qui ne respecte pas les gestes barrière.***
- ***Organiser un suivi psychologique individuel clairement identifié par les membres des équipes avec des ressources qu'ils ne côtoient pas au quotidien. (psychologues)***
- ***Réaliser à la fin de chaque shift un débriefing in situ de 10 minutes permettant à chacun de dire ce qu'il a bien vécu et ce qui lui a posé des problèmes durant son shift.***
- ***Renforcer les initiatives bien-être (distribution de fruit et/ou de boisson). Si existence de repas fournis par l'entreprise, envisager l'amélioration de leur qualité.***
- ***Renforcer la présence de la hiérarchie infirmière sur le terrain.***



6. Bibliographie

Ageron FX, Sarasin F, Pasquier M, Carron PN. Urgences hospitalières : crise COVID-19 et aspects organisationnels [Emergency department : COVID-19 crisis and organizational aspects]. *Rev Med Suisse*. 2020 May 6;16(692):924-929. French. PMID: 32374538.

Augustin M, Schommers P, Suárez I, Koehler P, Gruell H, Klein F, Maurer C, Langerbeins P, Priesner V, Schmidt-Hellerau K, Malin JJ, Stecher M, Jung N, Wiesmüller G, Meissner A, Zweigner J, Langebartels G, Kolibay F, Suárez V, Burst V, Valentin P, Schedler D, Cornely OA, Hallek M, Fätkenheuer G, Rybniker J, Lehmann C. Rapid response infrastructure for pandemic preparedness in a tertiary care hospital: lessons learned from the COVID-19 outbreak in Cologne, Germany, February to March 2020. *Euro Surveill*. 2020 May;25(21):2000531. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.21.2000531. PMID: 32489176; PMCID: PMC7268272.

Britton CR, Hayman G, Macfarlane C, Alawattegama H, Ballecer J, Stroud N, Wallace A. COVID-19 preparedness and response at a large UK major trauma operating theatres department. *J Perioper Pract*. 2020 Jul;30(7-8):210-220. doi: 10.1177/1750458920934406. PMID: 32639216; PMCID: PMC7433698.

Carenzo L, Costantini E, Greco M, Barra FL, Rendiniello V, Mainetti M, Bui R, Zanella A, Grasselli G, Lagioia M, Protti A, Cecconi M. Hospital surge capacity in a tertiary emergency referral centre during the COVID-19 outbreak in Italy. *Anaesthesia*. 2020 Jul;75(7):928-934. doi: 10.1111/anae.15072. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32246838.

Garcia-Castrillo L, Petrino R, Leach R, Dodt C, Behringer W, Khoury A, Sabbe M. European Society For Emergency Medicine position paper on emergency medical systems' response to COVID-19. *Eur J Emerg Med*. 2020 Jun;27(3):174-177. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000701. PMID: 32243317; PMCID: PMC7202106.

Leibner ES, Stokes S, Ahmad D, Legome E. Emergency department COVID management policies: one institution's experience and lessons learned. *Emerg Med Pract*. 2020 May 4;22(5 Suppl):1. PMID: 32365287.

Mitchell R, Banks C; authoring working party. Emergency departments and the COVID-19 pandemic: making the most of limited resources. *Emerg Med J*. 2020 May;37(5):258-259. doi: 10.1136/emermed-2020-209660. Epub 2020 Apr 1. PMID: 32241814; PMCID: PMC7211073.

Oberlin M, Le Borgne P, Behr M, Kepka S, Bilbault P. The organisation of a French emergency department in a coronavirus hotspot. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020 Aug;39(4):457-458. doi: 10.1016/j.accpm.2020.06.001. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32544434; PMCID: PMC7293517.

Retzlaff KJ. COVID-19 Emergency Management Structure and Protocols. *AORN J*. 2020 Sep;112(3):197-203. doi: 10.1002/aorn.13149. PMID: 32857405; PMCID: PMC7461488.



Sciensano Procédure pour les hôpitaux : prise en charge d'un patient possible ou confirmé COVID-19, version du 01/10/2020, https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_procedure_hospitals_FR.pdf

Uppal A, Silvestri DM, Siegler M, Natsui S, Boudourakis L, Salway RJ, Parikh M, Agoritsas K, Cho HJ, Gulati R, Nunez M, Hulbanni A, Flaherty C, Iavicoli L, Cineas N, Kanter M, Kessler S, Rhodes KV, Bouton M, Wei EK. Critical Care And Emergency Department Response At The Epicenter Of The COVID-19 Pandemic. Health Aff (Millwood). 2020 Aug;39(8):1443-1449. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00901. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32525713.

Zou X, Wu YS, Liu XJ, Huang SL, He JF, Zhao J, Wu N, Zhang RL, Mei SJ, Liu PY, Zhang Z, Shi XL, Lyu X, Wei L, Ma QS, Lu JH, Li Y, Feng TJ, Peng CQ, Zhang SX, Xia JJ. [Evaluation of the emergency response strategies and measures on the epidemic of COVID-19 in Shenzhen, China]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2020 Aug 10;41(8):1225-1230. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20200316-00360. PMID: 32340094.

