



03/05 : Visio présentation au GHT 71	24/05 : Visite CH Nevers et CH Cosne
05/05 : Visite GHT 71	31/05 : Visio présentation GHT 21-52
10/05 : Visio GHT 58	02/06 : Visite CH Beaune
10/05 : GT pédiatrique	07/06 : Visite CHU Dijon
11/05 : Commission des FDR	14/06 : Conseil Scientifique
12/05 : Bureau	16/06 : GT Traumatismes Graves
13/05 : Sous-commission FC	24/06 : Sous-commission Bourgogne
17/05 : GT Traumatismes Graves	29/06 : JMBU

EDITO

La Classification Clinique des Malades aux Urgences ou CCMU

Au cours de nos visites des SU, à plusieurs reprises, nos confrères nous ont interpellés sur la difficulté du codage de la CCMU. Nous vous donnons des éléments de bon codage.

La CCMU permet une analyse et une classification rapide des patients arrivés aux urgences à condition qu'elle soit bien utilisée. **Par définition, elle doit être appliquée après le 1^{er} examen du patient avec l'aide des constantes médicales et quelques données : saturation et glycémie capillaire.** Cependant, dans la plupart des logiciels, elle est saisie à la fin de l'observation, au moment de sa clôture et cela peut modifier son évaluation. Ex. une dyspnée est classée en CCMU 1 car en fin d'examen le DP est l'anxiété (après un TDM) plutôt que CCMU3... Il est important de la saisir au plus juste. Ce score de gravité potentielle de pec doit être posé à l'admission aux urgences après le 1^{er} examen clinique : le format actuel du RPU collige la CCMU dite modifiée, suite à l'ajout de deux variables CCMU P et CCMU D

Les axes d'interprétation de cet indicateur les plus fréquemment utilisés sont limités à 2 focus :

- les simples consultations aux urgences sans acte complémentaire CCMU1
- le repérage des urgences vitales CCMU 4 et 5

[Classification des CCMU par la FEDORU](#)

La CCMU 1 : n'est pas codée de façon uniforme :

La notion de consultation spécialisée demandée aux urgences faisant passer le score CCMU 1 à CCMU 2 n'est pas toujours respectée,

- La CCMU 1 comprend la réalisation éventuelle d'un ECG : certains centres ont également tendance à surcoter en CCMU 2 des simples passages avec consultation et ECG sans examen complémentaire.

La distinction entre CCMU 2 et 3, par ex. n'est pas toujours évidente

État lésionnel et/ou fonctionnel jugés stables ou non : cette notion s'avère très opératoire dépendante. Les séniors des urgences ont ainsi plus tendance à plus coder des CCMU 2 là où des jeunes médecins pressentent des risques évolutifs et codent une CCMU 3

La codification en CCMU P est ambivalente :

Elle suppose de considérer qu'une consultation spécialisée de psychiatrie n'est pas un « acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique »

La notion de pathologie somatique « non instable » associée à un trouble psy dominant, permettant cette cotation est trop souvent interprétée comme une notion de trouble psy isolé sans atteinte somatique associée et limite ainsi l'intérêt de son exploitation. L'utilisation de la CCMU comme critère de gravité est ainsi sujette à caution.

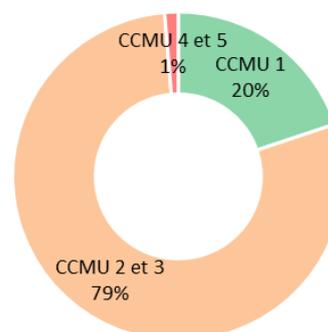
Pour toutes ces raisons, le futur format RPU (RPU V3) intégrera donc la possibilité de collecter un indicateur de gravité réalisé lors du tri par l'Infirmier ou le Médecin Organisateur de l'Accueil (IOA, MOA).

QUELQUES CHIFFRES...

La CCMU dans les SU, CSNP et SUP de Bourgogne-Franche-Comté en 2021 :

	CCMU 1	CCMU 2 et 3	CCMU 4 et 5
Typologie des patients			
Sex ratio	1,13	1,09	1,33
Âge médian	23,5	43,9	71,4
Heure d'arrivée aux urgences			
Arrivée en nuit profonde	10%	10%	14%
Arrivée le week-end	30%	27%	28%
Moyen de transport à l'arrivée aux urgences			
PERSO	86%	69%	31%
SMUR	1%	2%	15%
VSAB	6%	13%	24%
AMBU	6%	16%	30%
Diagnostic principal			
Mé dico-chirurgical	62%	60%	87%
Traumatologique	23%	32%	7%
Psychiatrique	3%	3%	1%
Toxicologique	1%	1%	2%
Autre recours	11%	4%	2%
Durée de passage aux urgences			
Durée médiane	01:28	03:08	04:47
Passages de moins de 4 heures	85%	60%	41%
Sortie des urgences			
Mutation	4%	26%	83%
Transfert	0%	1%	8%
Retour à domicile	96%	73%	7%

Part des CCMU dans les SU de BFC :



SUPERVISEUR DU CENTRE 15 DE BESANÇON

Les **fonctions du superviseur** au C15 de Besançon sont **multiples, variées et essentielles** :

- Au quotidien, il participe au fonctionnement du CRRRA 15 du CHU, centre de régulation médicale pour 4 départements. Il dispose de l'autorité du jour sur le fonctionnement opérationnel. A ce titre, il manage les équipes présentes en salle dans un contexte qui nécessite **anticipation, réactivité** et ajuste les effectifs en fonction de l'activité. Il contribue également au suivi global des **moyens opérationnels** nécessaires au traitement des demandes, en particulier des vecteurs de transports de patients participant à l'urgence préhospitalière. Il apporte un **soutien logistique** en cas de demandes à caractère exceptionnel.
- Dans ses missions, il contribue aussi aux activités liées à la gestion administrative, à la qualité, à la sécurité et à la vie du service. Il a une place importante dans la gestion des moyens en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Il informe l'équipe sur les dispositifs prévisionnels de secours (DPS).
- Il a un rôle dans l'étude des tableaux de suivi d'activité et de moyens du CRRRA 15 et participe à la démarche qualité et de gestion des risques du service, notamment à l'étude des événements indésirables.
- Enfin, il participe à l'intégration des nouveaux ARM et à la formation continue des ARM, des stagiaires et des autres personnels.



Save the date : séminaire de Malbuisson
21, 22 et 23 septembre 2022

Vous souhaitez partager votre expérience en lien avec les urgences de BFC, contactez-nous :

contact-rubfc@rubfc.fr

POINT D'INFO

Les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) aux urgences

Depuis octobre 2021, un arrêté et un décret précisent le cadre de l'exercice des infirmiers en pratique avancée (IPA) Urgences, dans un établissement disposant d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence.

L'arrêté mentionne deux parcours différents, avec des motifs de recours classés en fonction des critères de gravité ou d'urgence du patient :

- situations cliniques les plus graves ou complexes : l'IPA, après décision du médecin de structure de médecine d'urgence et sous sa conduite diagnostique, **participe à la prise en charge** du patient. Exemples (article 1^{er} de l'arrêté du 25 octobre) : malaise, douleur thoracique, arrêt cardiaque, convulsions, asthme, brûlure grave,
- situations cliniques présentant un moindre degré de gravité ou de complexité : l'IPA est compétent pour **prendre en charge un patient et établir des conclusions cliniques** dès lors qu'un médecin de la structure de médecine d'urgence intervient au cours de la prise en charge. Exemples (article 2 de l'arrêté du 25 octobre 2021) : vomissement, diarrhée sans signe de gravité, hypertension artérielle sans signes fonctionnels, céphalées ou migraines habituelles, douleur fosse lombaire non fébrile, traumatisme crânien sans perte de connaissance ni anticoagulant,

Dans ce cadre de situations de moindre gravité, l'infirmier bénéficie d'autonomie pour la détermination des patients qu'il prend en charge dans le cadre de la pratique avancée. C'est à lui qu'incombe le rôle d'information du patient concernant les modalités prévues de sa prise en charge.

L'IPA remplit signe et remet le document prévu en annexe du protocole d'organisation du service au patient, ou le cas échéant à la personne de confiance, son représentant légal ou aux parents lorsqu'il s'agit d'une personne mineure.

Le patient a le droit de refuser d'être suivi par l'infirmier exerçant en pratique avancée sans conséquence sur sa prise en charge.

Références :

décret n°2021-1384

Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnées à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique.