

# Prescription anticipée de radiographies par l'I.O.A.

## L'expérience du C.H. Landerneau

David Trân, Hélène Bouteiller

8<sup>ème</sup> journée du Collège de Médecine  
d'Urgence de Bretagne  
Carhaix, 18 mars 2008



# Les chantiers MeaH sur la réduction du temps d'attente aux urgences

- 2003: 8 établissements (CH St. Malo)
- 2005: 8 établissements (CHU de Rennes)
- 2006: 40 établissements (CHU de Brest)
- 2007: 40 établissements (CH Landerneau et CH St Briec)



8<sup>e</sup>ème journée du  
C.M.U.B. à Carhaix  
le 18 mars 2008

# Campagne de mesure des temps de passage aux urgences

**Total**      **01/10/07**    **14/10/07**

	Activité	% Activité	Temps de passage moyen par sous-population
Population saisie	516	-	-
Population utile	514	-	01:55:36
Hospitalisations	120	23%	02:56:30
Consultations avec actes	207	40%	01:58:28
Consultations sans actes	187	36%	01:13:20
Moins de 15 ans	107	21%	01:21:00
15-75 ans	321	62%	01:46:49
Plus de 75 ans	86	17%	03:11:25

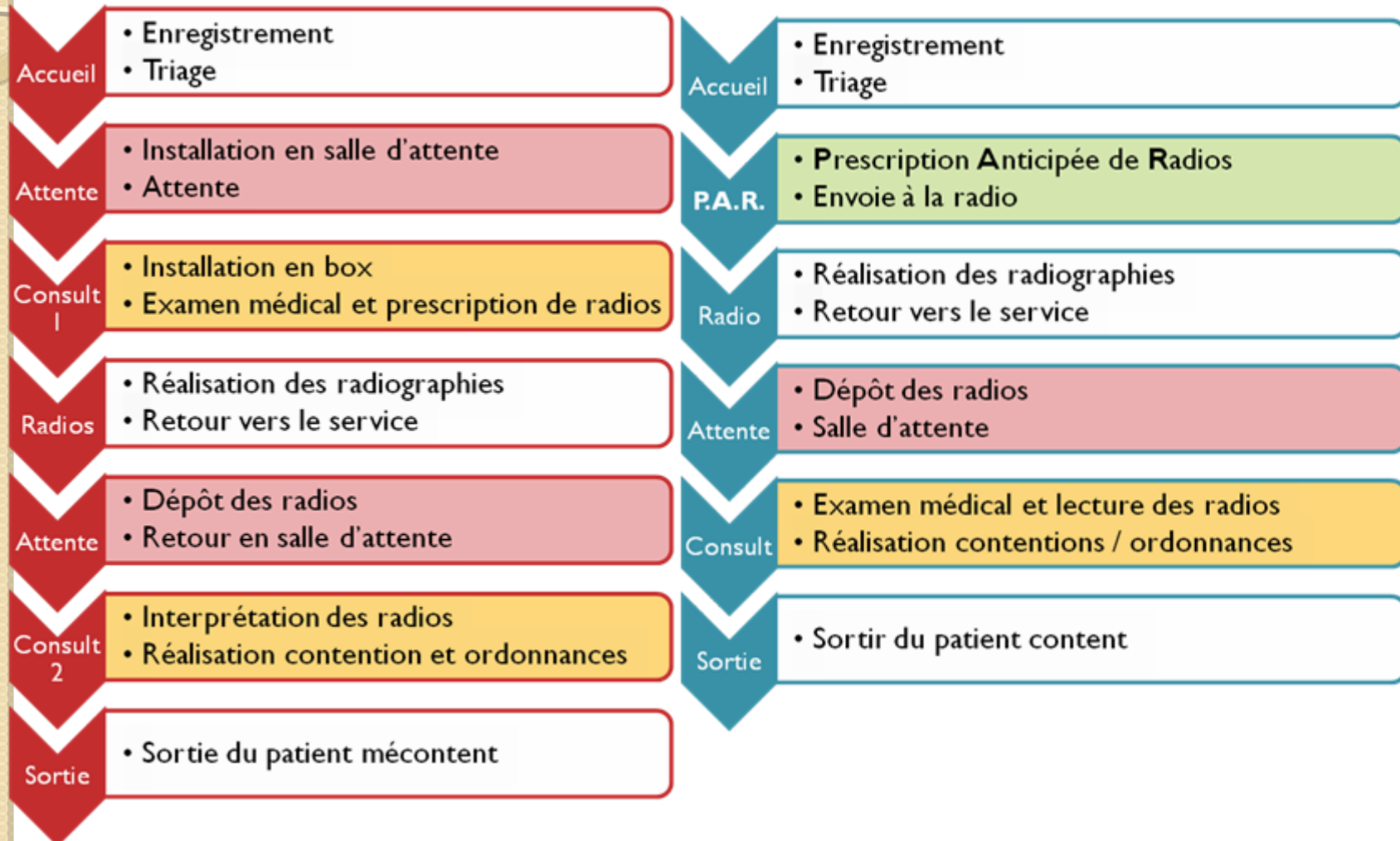




# Prescription anticipée de radiographies par l'I.O.A.

- Principe: réaliser la « prescription » de radiographies par l'IOA afin de raccourcir le temps de prise en charge médicale
- Protocole cadré: ne concerne que certains traumatismes et nécessite une formation des IOA.
- Mise en œuvre limitée aux périodes de forte affluence de cas de traumatologie.

# Analyse des processus avant et après mise en place du protocole





# Problèmes / Risques

- La réglementation actuelle ne permet pas aux IDE de « prescrire » des radios.
- Risque de sur-prescription de radios pour des patients qui n'en avaient pas besoin.
- Omission de certaines incidences entraînant un retour du patient à la radio.
- Surcharge de travail pour l'IOA.



# Avantages / intérêt

- Gain de temps pour le patient et pour le médecin.
- Mise à profit de temps « morts » pour réaliser un examen qui sera de toute façon demandé.
- Meilleur ressenti du patient dont la prise en charge est immédiate.
- Libération de temps et de box d'examen pour d'autres patients.



# Critères de déclenchement

- Temps de présence de l'IOA (9h-20h)\*
- Dès le 3<sup>ème</sup> cas de traumatologie simple
- Indisponibilité du ou des médecins dans un délai court
- Indisponibilité des salles d'examen

\* A terme, le protocole est destiné à être applicable 24h/24





# Critères d'inclusion

- Arrivée du 3<sup>ème</sup> cas trauma simple
- Patient coopérant, dont l'inspection est facile
- Patient valide ou en fauteuil accompagné
- Traumatisme distal et isolé d'un membre  
(ne touche qu'une articulation ou un segment de membre)



# Critères d'exclusion

- Absence de traumatisme à l'origine de la douleur
- Patient en brancard, non valide
- Traumatismes associés ( $\geq 2$  localisations)
- Traumatisme proximal (épaule, hanche, rachis, face)
- Troubles de la vigilance, hémodynamique instable
- Femmes enceintes



# Examen clinique sommaire par l'IOA

- Confirmer la nature traumatique du problème (mécanisme direct/indirect)
- Localiser précisément la lésion par une observation (inspection) et un examen clinique (palpation)
- Relever des signes extérieurs (contusion, excoriation, hématome, œdème)



# PRESCRIPTION ANTICIPEE DE RADIOGRAPHIES

IOA

## ETIQUETTE PATIENT

### Nature du traumatisme et examen clinique

- ⇨ Mécanisme :  Ecrasement
- Choc (objet)  Coup (objet ou tiers)
- Chute au sol  Mouvement forcé
- ⇨ Oedème :  Oui  Non
- ⇨ Déformation :  Oui  Non
- ⇨ Impotence fonctionnelle :  Oui  Non

Zone traumatique	Localisation précise	Clichés à demander
<b>Coude</b> D G	Face : antérieure, postérieure Bord : radial, cubital	Coude F+P
<b>Avant-bras</b> D G	Face : antérieure, postérieure Bord : radial, cubital	Avant-bras F+P
<b>Poignet</b> D G	Extrémité inférieure de l'avant-bras Carpe <i>Douleur de la tabatière + piston pouce</i>	Poignet F+P <i>Scaphoïde 4 incidences</i>
<b>Main</b> D G	Métacarpien : 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> , 4 <sup>ème</sup> , 5 <sup>ème</sup> Articulation : MP	Main F+P+3/4 (sauf pour le pouce)
<b>Doigt</b> D G	Doigt : 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> , 4 <sup>ème</sup> , 5 <sup>ème</sup> Articulation : IPP, IPD Phalange : P1, P2, P3	Cliché F+P centré sur le doigt traumatisé
<b>Genou</b> D G	Bord : interne, externe <i>Cliché supplémentaire en cas de douleur médiane (rotule)</i>	Genou F+P <i>DFP</i>
<b>Jambe</b> D G	Face : interne, externe	Jambe F+P
<b>Cheville</b> D G	Malléole interne Malléole externe	Cheville F+P
<b>Pied</b> D G	Médio-pied Métatarsien (1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> , 4 <sup>ème</sup> , 5 <sup>ème</sup> ) Orteil (1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> , 3 <sup>ème</sup> , 4 <sup>ème</sup> , 5 <sup>ème</sup> ) <i>Arrière pied (calcanéum)</i>	Pied F+P+3/4 <i>Incidence rétrotibiale + pied P</i>
<b>Nez</b>	Traumatisme nasal simple (absence d'hématome des joues ou orbites)	OPN



# « Prescription » de radiographies par l'IOA

- Remplissage de la fiche de Prescription Anticipée de Radio (fiche PAR)
- Joindre un bon de radio standard précisant les incidences demandées ainsi que l'identification du prescripteur: IOA
- Expliquer la procédure au patient (gain de temps)



# Formation des IOA à la PAR

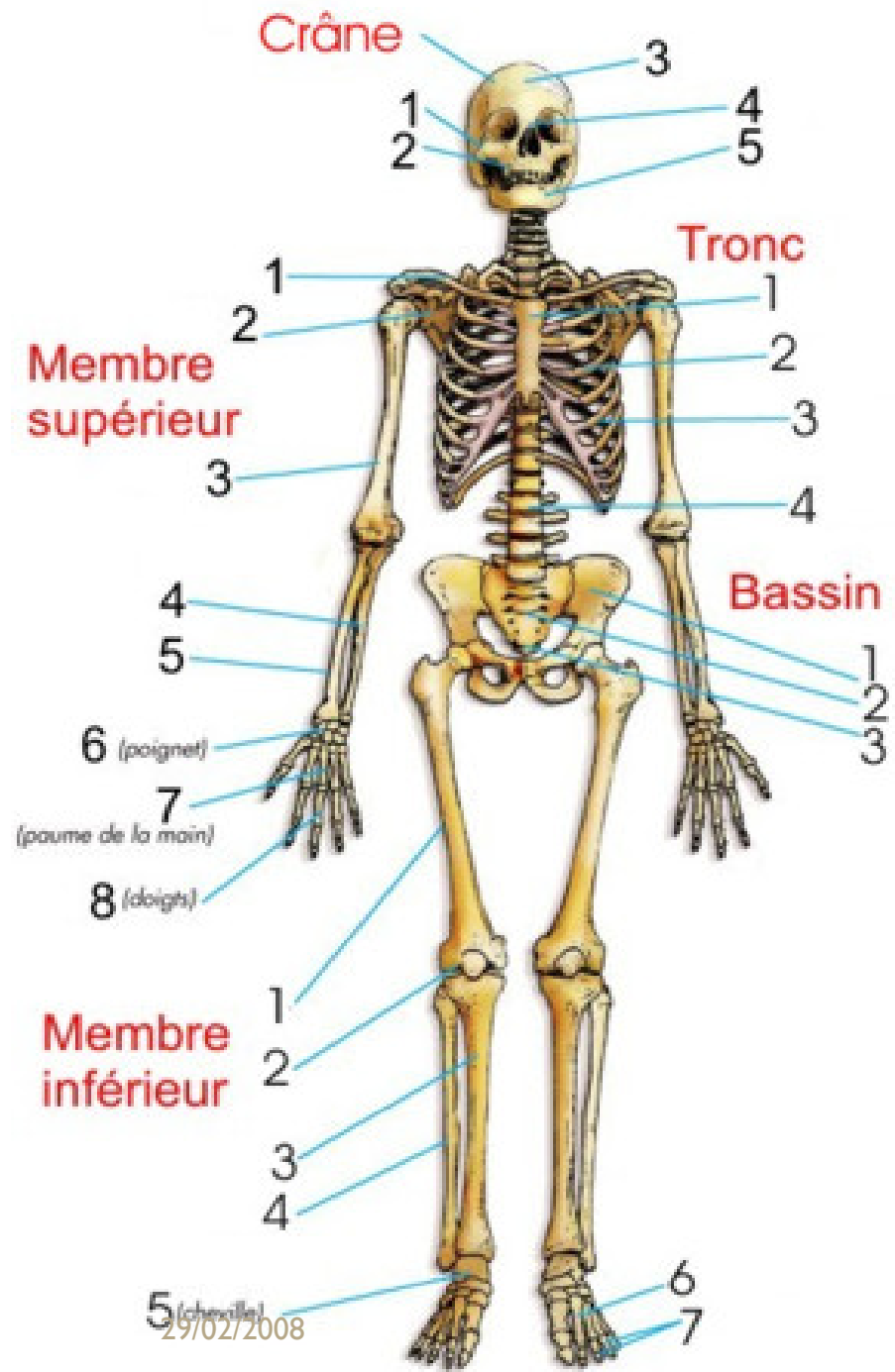
- Réalisée par un médecin des urgences (Dr. Troël)
- Durée courte de 1 heure permettant de former l'ensemble des 10 IOA du service en 3 séances.
- But de la PAR
- Description détaillée du protocole
- Rappels anatomiques et sémiologiques
- Règles de bases de la prescription de Rx

## Membre supérieur

- 1= clavicule
- 2= omoplate
- 3= humérus
- 4= cubitus
- 5= radius
- 6= carpe (os du)
- 7= métacarpe (ou métacarpiens)
- 8= phalanges

## Membre inférieur

- 1= fémur
- 2= rotule
- 3= tibia
- 4= péroné
- 5= tarse
- 6= métatarse (ou métatarsiens)
- 7= orteils





# Evaluation du processus de PAR

- Prévus 1 mois après la mise en place
- Relevé et analyse des fiches de PAR  
(nombre de patients concernés, heures, jours)
- Suivi mensuel du nombre de radiographies prescrites aux urgences
- Campagne de mesure des temps de passage et des délais d'attente





# Conclusion

- La PAR permet de fluidifier la prise en charge des patients relevant de la traumatologie légère (50 à 60% des patients)
- Procédure très encadrée compte tenu du problème médico-légal, nécessitant une formation initiale et une évaluation
- S'inscrit dans une démarche globale d'amélioration (MeaH)
- Illustration d'une tendance actuelle vers un transfert de compétences plus large médecin→infirmier (revalorisation...)