24/04/2025

IPA URGENCES AU CHRU DE NANCY

DEUX ANS D'EVOLUTION

BILAN ET PERSPECTIVES D'UNE NOUVELLE PROFESSION

M. BALTARD - EIPA M1
P-N. DUVIC - IPA Urgences
R. JACQUOT - IPA Urgences

EFFECTIF IPA MU

Actuel

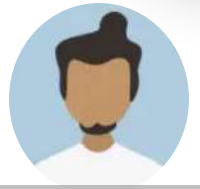
A Venir

L.ROSZAK

2023

R. JACQUOT

2024

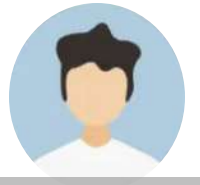


A. PALPART

2025

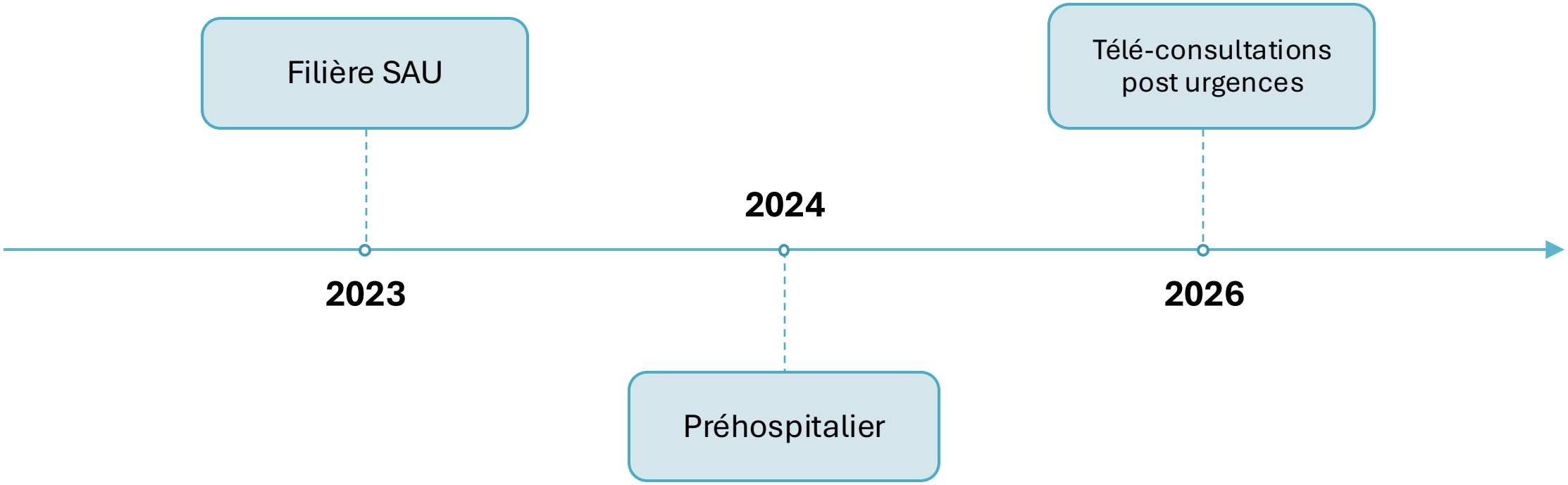
P-N. DUVIC

2026



M. BALTARD

Implantation - Evolution - Avenir



- SAU
- Pré-Hospitalier
- Recherche
- A venir: le post urgences

Etudes de cas au SAU

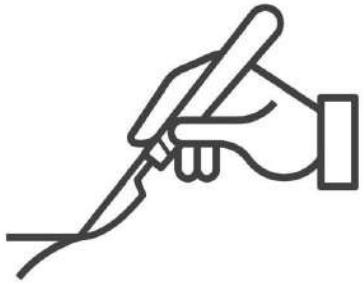
#1 - Abcès inguinal

Examen Clinique

Bio

Demande avis chir CMF / CVMC / uro suivant localisation

- ⇨ RAD avec ordo chir
- ⇨ OU orientation bloc opératoire
- ⇨ OU drainage/IPA et RAD + soins à domicile



#2 - Céphalées depuis plusieurs jours

Examen clinique et anamnèse

finalement moins de 24h

Examens complémentaires

En parallèle avis neuro pour type d'imagerie à demander au neuroradiologue

Re-avis neuro avec résultats et conduite à tenir pour RAD/hospit

#3 - Douleur thoracique

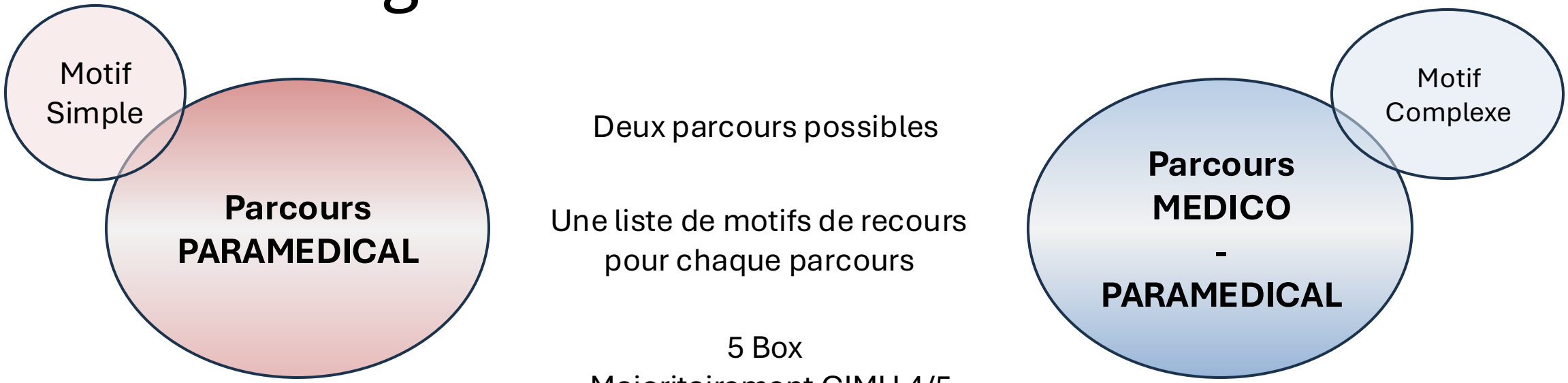
Examen Clinique

ECG +/- bio et RP

⇨ RAD si RAS

⇨ Avis cardio/pneumo selon besoin

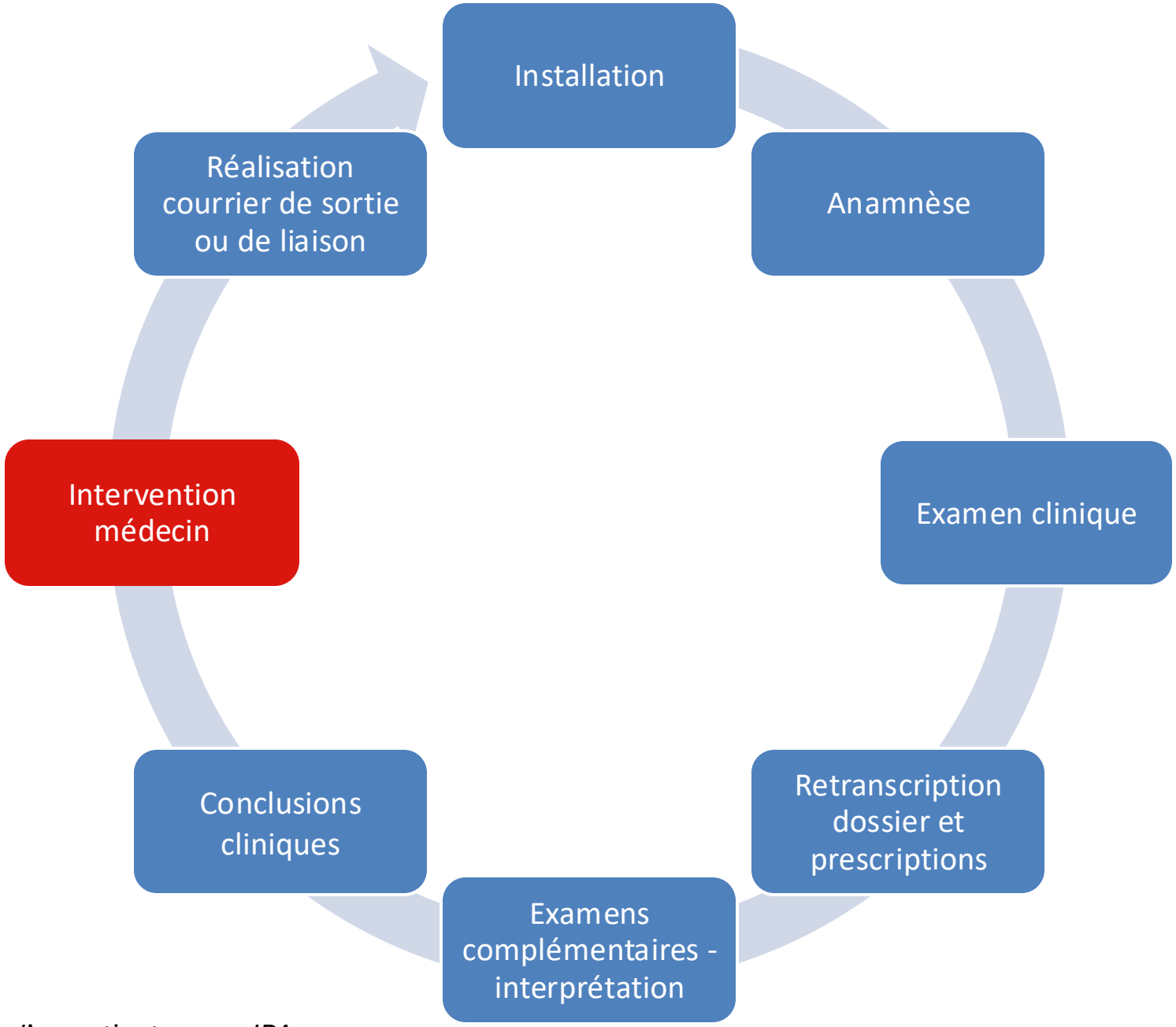
Organisation des IPA au SAU



Autonomie pour une partie de chaque prise en charge

Anamnèse | *Examen Clinique* | *Examens complémentaires*
Avis spé

Séniorisation des dossiers (cloture médicale)



Etapes dans la prise en charge d'un patient par un IPA aux urgences

Les IPAu en quelques chiffres

Nombre de patients du 1er septembre 2023 au 31/08/2024 : **2927** patients

Nombre de patients par jour de clinique = **12**

Sur une journée, **13 %** des patients vus par IPA (avec traumato, ophtalmo, logibec…)

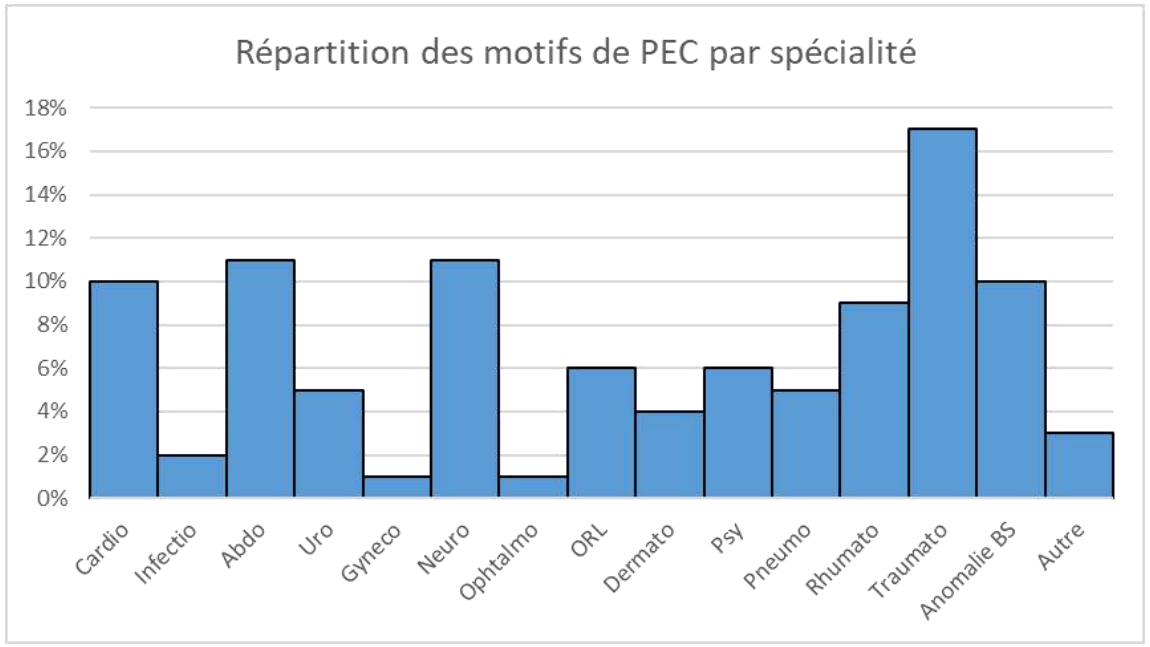
Re-consultation à 1 semaine : **3,8 %**

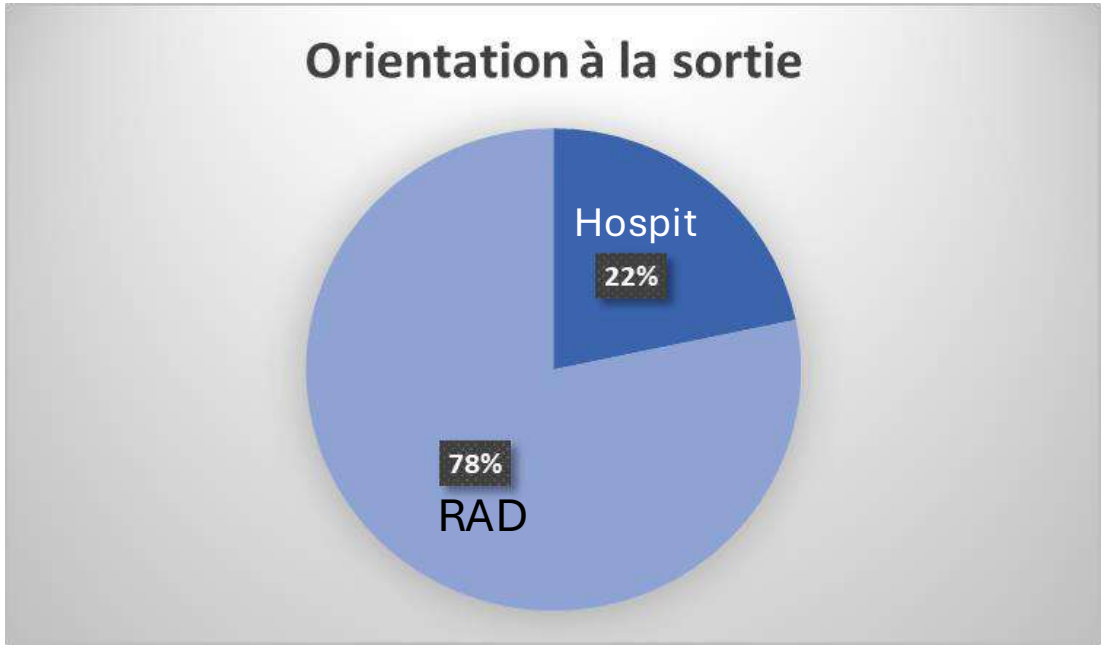
Re-Cs à 1 semaine pour le même motif : **2,6 %**

Moyenne des temps de PEC au SAU :

- Avec examens complementaires : **4h**
- Sans examens : **2h30**

Répartition spécialités prises en charge et orientation du patient





Plus-value IPA au SAU

Réponse graduée

Expérience IDE (évaluer dégradation)

Prise en charge hollistique/lien extérieur

Envoi vers Cs IPA PCS, parcours innovant

Intégration au tissus organisationnel des soins

Travail en binôme avec médecin plus qu'en relais

⇨ Libérer du temps médical

Etudes de cas en préhospitalier

#1 - Départ pour douleur thoracique

Examen clinique et ECG

⇨ Conclusions cliniques de pancréatite

Vu avec régulation pour conduite thérapeutique

⇨ Titration de morphine

⇨ Transfert vers SAU plutôt qu'un service comme UDT / USIC

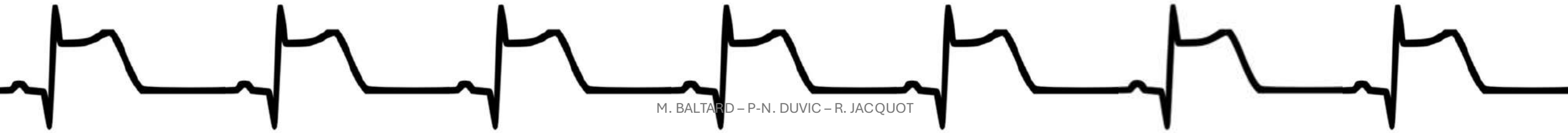
#2 - Départ pour douleur thoracique

Examen clinique et ECG en faveur d'un SCA ST+

Après concertation avec la régulation

⇨ Thérapeutiques avec prise en charge possible par IPA selon décret

⇨ Transfert jusqu’en coronarographie



#3 - Départ pour désaturation chez BPCO

Examen clinique en faveur EABPCO

VNI mise en place par IPA

⇨ Autorisé par le décret sans prescription médicale

#4 - Départ pour douleur thoracique

Arrivée auprès du patient

Decompensation cardio-respi avec detresse respiratoire aigue

ECG en faveur d'un SCA ST+ avec decompensation respiratoire

Mise en place de VNI

Appel de la régulation pour thérapeutiques et conduite diagnostique

IPA et préhospitalier

Construction du projet

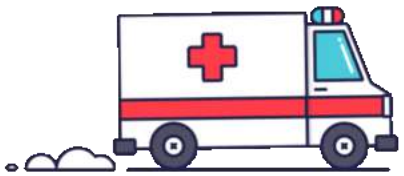
Mémoire de recherche IPA

Etude rétrospective sur 3 mois

Interventions **primaires**

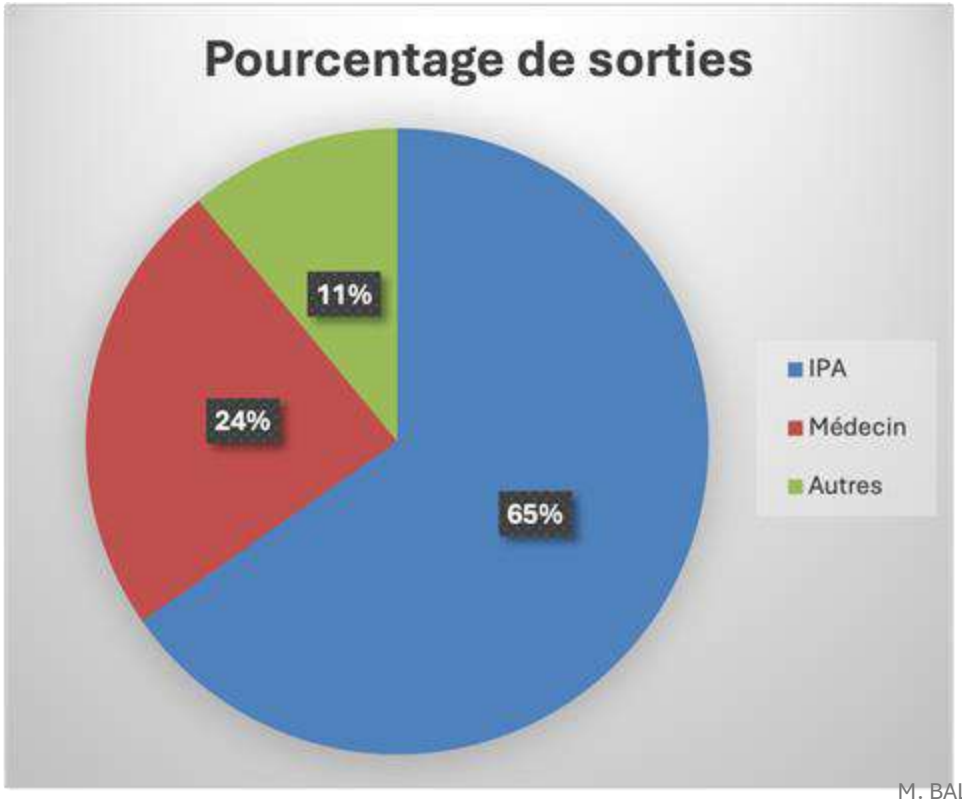
Recherche d'une **réponse graduée**

Adaptation à la crise des urgences



Les chiffres théoriques

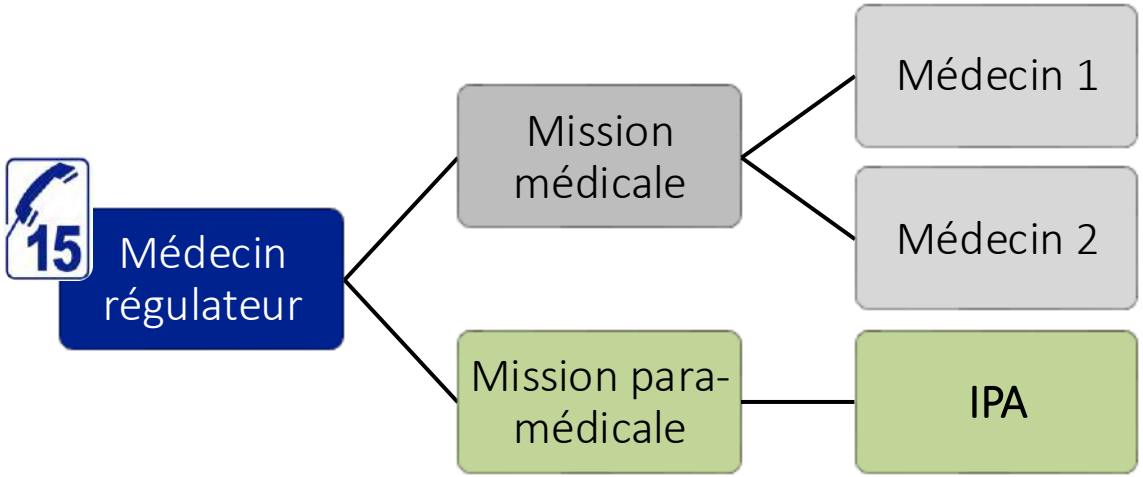
- Etude en octobre, novembre et décembre 2023 : **756 patients**
- **134 diagnostics** du thesaurus



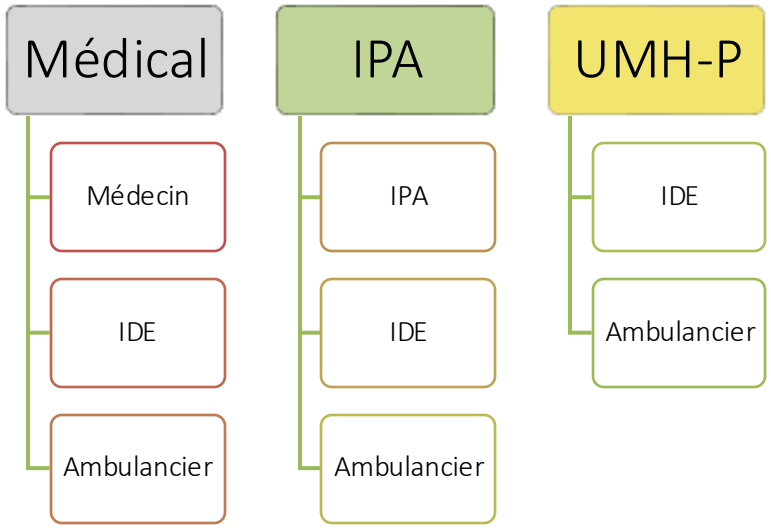
- **65%** avec un **IPA**
- **24%** avec un **médecin**
- 11% de données manquantes

Organisation

Régulation des missions primaires



Equipages



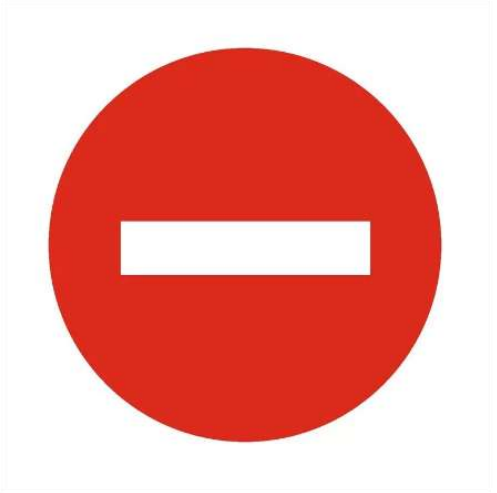
*Motifs principaux d'inclusions départ IPA**

- ✓ Antalgie, sédation complémentaire
- ✓ Hypoglycémie avec troubles de la conscience/coma
- ✓ Douleur thoracique (SCA ST +)
- ✓ Crise convulsive généralisée
- ✓ Dyspnée/détresse respiratoire pour VNI
- ✓ Collapsus hémodynamique
- ✓ Brady/tachy-cardie, arythmie
- ✓ Polytraum grade C

**Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du CSP*

Motifs d'exclusions départ IPA

- ACR
- Polytraumatisé A et B
- Accouchement
- Intubation
- Chocs
- Décès
- Pédiatrie
- Trouble de la conscience profond et persistant
- Trouble psychiatrique avec besoin de contention chimique



Actes possibles de l'IPA

selon l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique :

- Test à la trinitrine.
- Recueil du signal et des images en échographie à l'aide de la technique FAST .
- Pose de cathéter intra osseux, veineux profond (type “ Désilet ”), de pression artérielle sanglante.
- Pose d'une oxygénothérapie haut débit, d'une ventilation non-invasive.
- Pose d'une canule oropharyngée, d'un masque oropharyngé, mise en place d'un dispositif de ventilation sans laryngoscopie.
- Ponction d'ascite.
- Décompression d'un pneumothorax suffocant.
- Pose d'attelle de traction.
- Aide à la réduction de fractures.

Préhospitalier - premiers chiffres

Pour l'ensemble des IPA MU (5/7jours hors nuits, fériés, week-end)

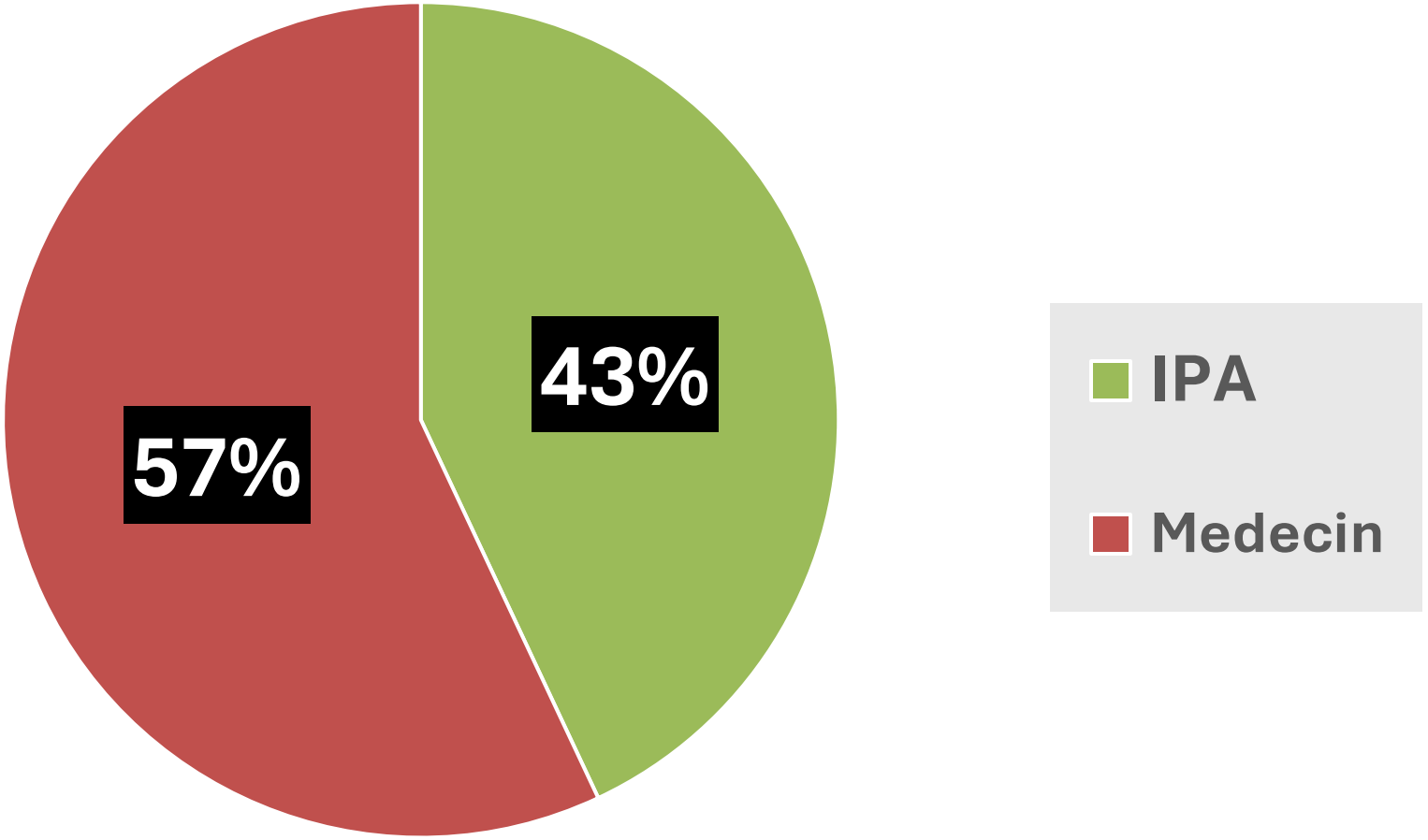
- Nombre de sorties du 4 Novembre 2024 au 28 Mars 2025 : **225**/523
- Nombre de sorties IPA par jour : **2.21** (de 0 à 6 par jour)

Augmentation du nombre de sorties SMUR entre 2023 et 2024

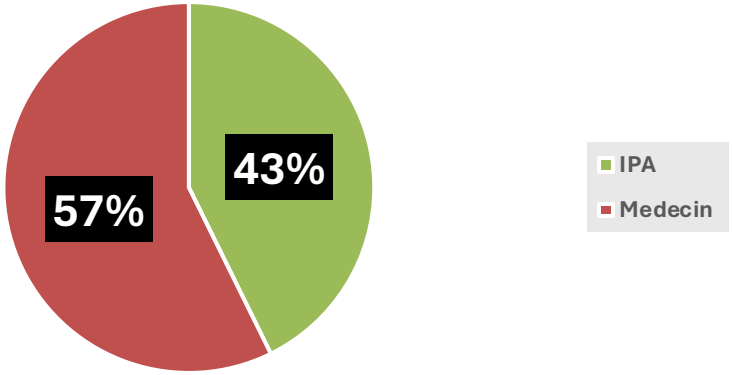
- Sur 2023/24 : 431
- Sur 2024/25 : **523**

Comparatif sorties médecin / IPA

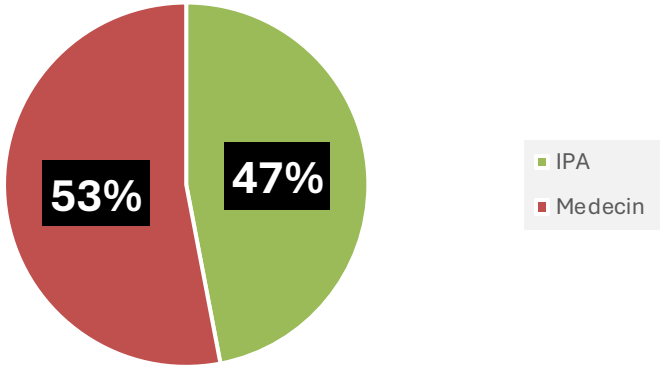
Période du 04/11/2024 au 28/03/2025



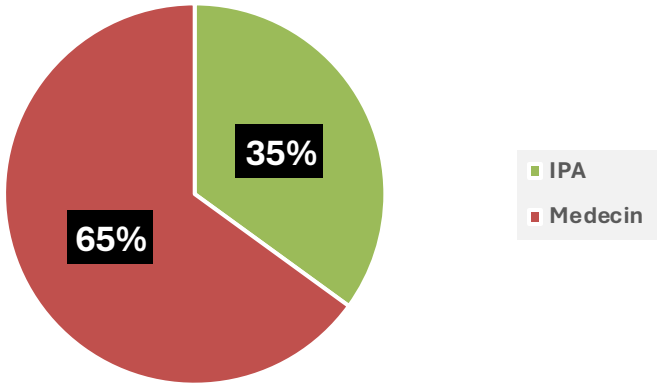
Total du mois de Novembre 2024



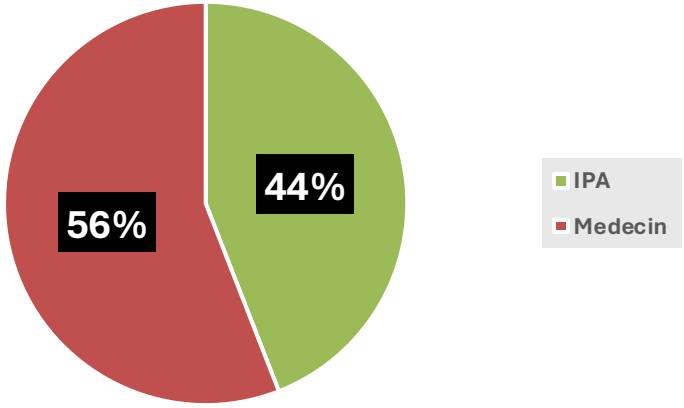
Total du mois de décembre 2024



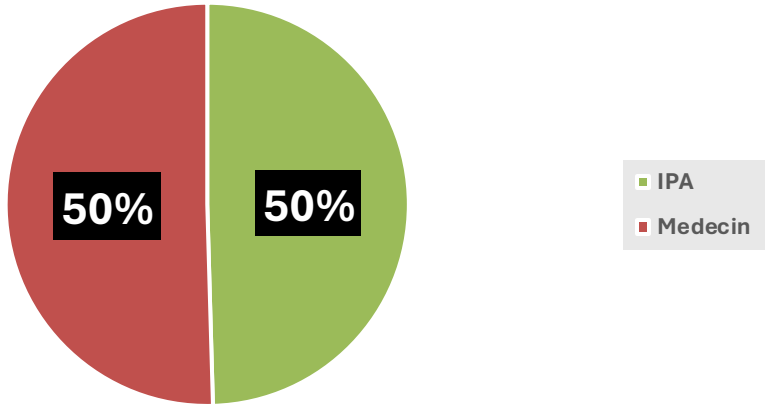
Total du mois de janvier 2025



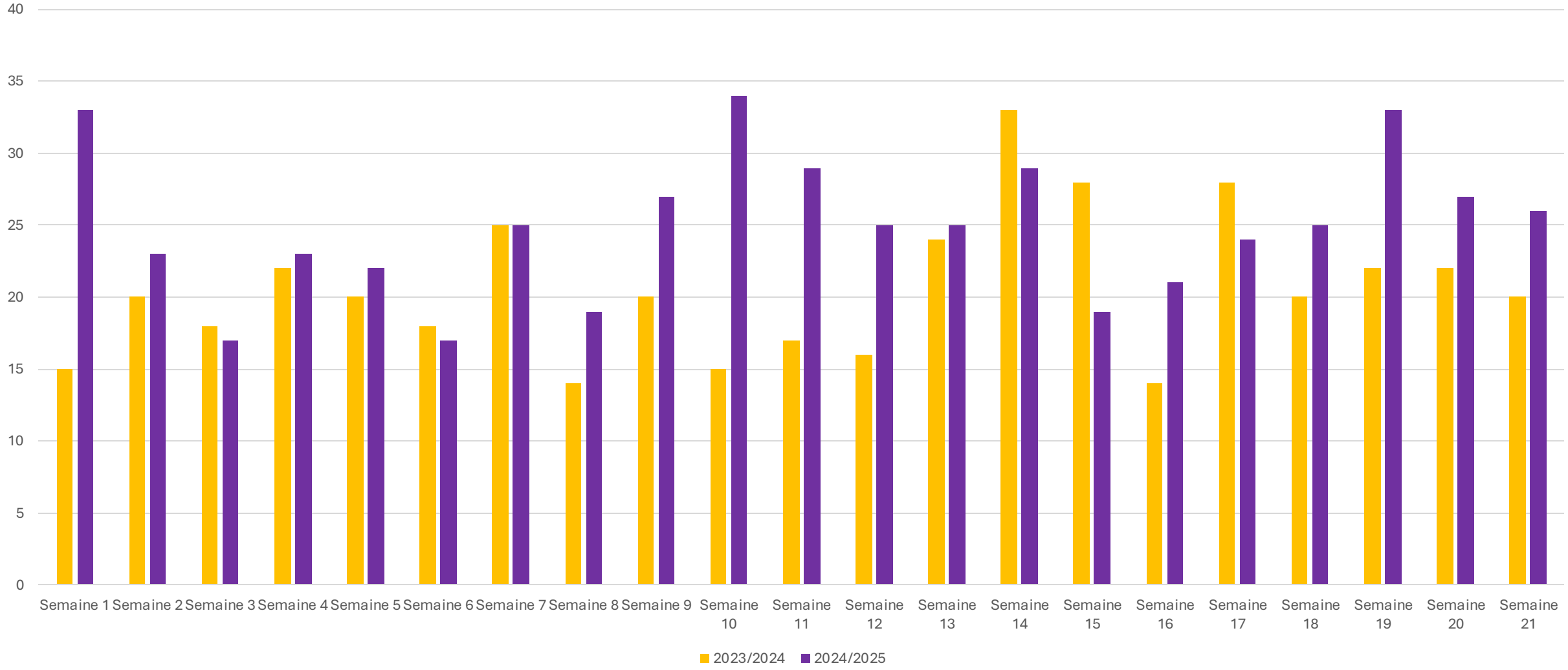
Total mois de février 2025



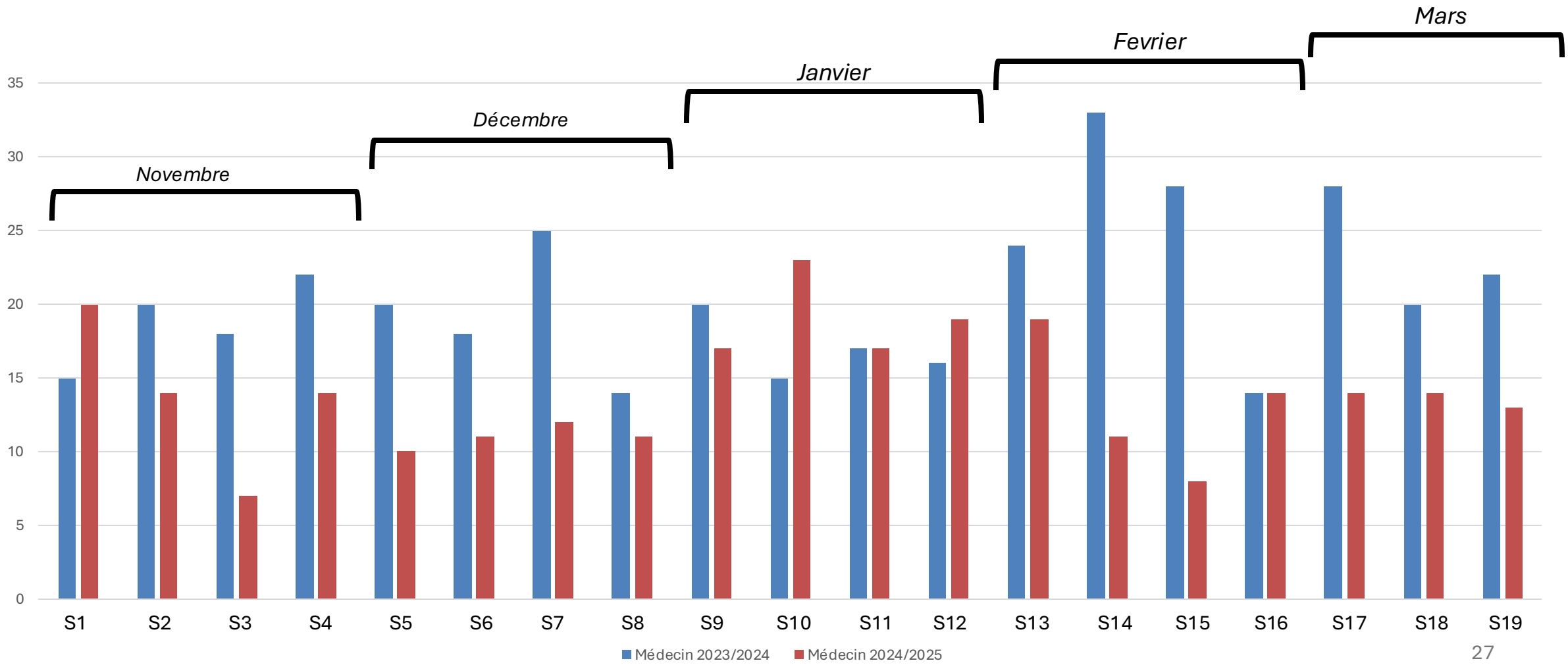
Total mois de mars 2025



Comparatif sorties SMUR entre novembre 2023/mars 2024 et novembre 2024/mars 2025



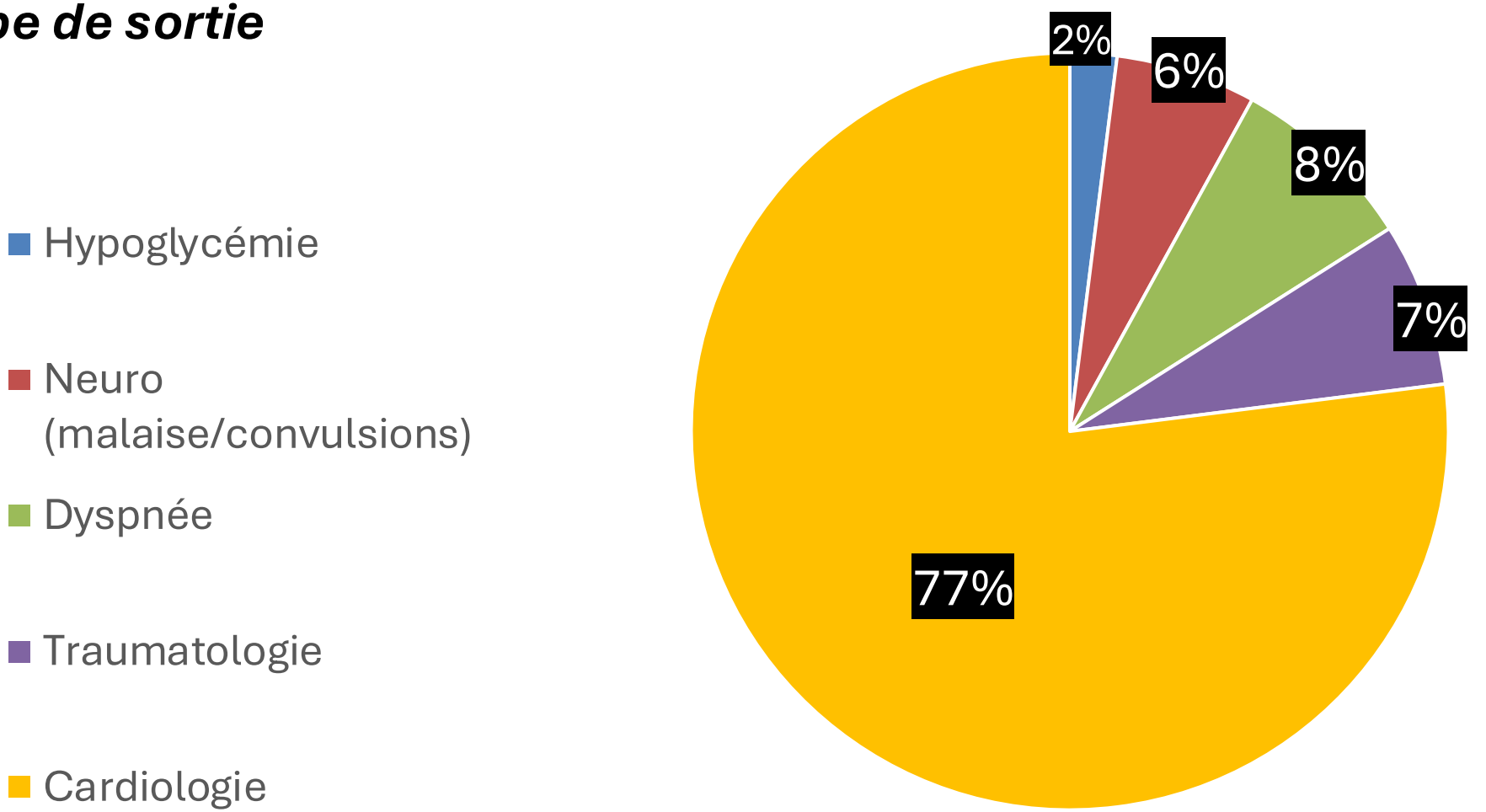
*Comparatif sorties SMUR **avec médecin** entre novembre 2023/mars 2024 et novembre 2024/mars 2025*



Préhospitalier - premier bilan

- Moyenne sur place : **33** minutes
- Durée moyenne totale : **1h15**
- Moyenne d'âge : 65 ans
- Répartition : 45% d'hommes, 55% de femmes
- 100% de sorties primaires
- Principaux actes : ECG, voie veineuse périphérique, ventilation non invasive, Natispray
- Gravité patient : score NEWS2 le plus élevé 16
- 3 renforts
- Aucun décès durant la prise en charge
- Motif de sortie : majoritairement cardio

Type de sortie



- **77%** de motifs cardiologique = 166 patients
- 159 sorties pour douleur thoracique dont **17** infarctus
- Avec **examen clinique** : plusieurs sorties = douleur abdominale
- Orientation dès le préhospitalier pour éviter passage aux urgences
- Bonne intégration auprès de l'équipe médico soignante
- Retours positifs des patients et de leurs proches

Plus-value IPA en préhospitalier

- Anamnèse
- **Examen clinique**
- Discussion de la conduite thérapeutique et diagnostic avec le médecin régulateur
- **Gradation de la réponse**
- Expérience IDE si besoin
- Prise en charge hollistique en préhospitalier
- Libérer du temps médical

RECHERCHE

- 20% du temps de travail initialement, 14% depuis avril
- Participation à des études (MOOV2, GoodKT, DELPHI2 : indicateurs IPA…)
- Veille biblio, consultation des RFE, statistiques des PEC
- Formation des pairs (in situ, mémoires étudiants)
- Congrès (COMUGE, SIDIIEF)
- Projets (Publication scientifique)

Points forts IPA MU

- Implantation réussie au CHRU avec soutien des chefs de service, CSS et CS
- Intégration harmonieuse avec autres professionnels des urgences (médecins et soignants)
- Réponse graduée à l'aide médicale urgente
- Collaboration interprofessionnelle
- Développer nouvelles connaissances/compétences
- Epanouissement professionnel

Axe d'amélioration IPA MU

- Elargissement du champ de compétence :
  - Attente de l'arrêté de primo-prescription du décret de janvier 2025
  - Autonomie relative

- Amélioration de l'accès aux outils numériques :
  - Création de la fonction IPA dans SMUR-Tab

- Nécessité de développer des indicateurs en rapport avec les soins

- Il n'existe pas de tarifications pour le travail de nuit et de week-end

- Formation continue

Et ensuite ?

Arrivée des 2 IPA actuellement en formation

Evolution attendue de la législation

Primo-prescription

Mise en place des **Téléconsultations IPA Post-Urgences**

Exemples de cas en post-urgences

#1 - Colique Néphrétique

Passage au SAU pour 1ère crise de CN ⇨ RAD avec antalgiques et *consignes de sortie*

Imagerie
Tamisage des urines
Analyse de la lithiase
Prise d'un RDV uro

⇦ *RDV entre J3 et J7*

Rappel des consignes
S'assurer de la bonne compréhension
Réévaluation et adaptation de l'antalgie

⇩

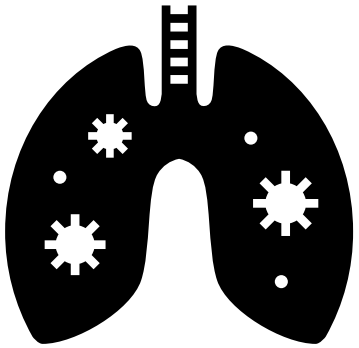
Favoriser l'adhésion du patient à son parcours de soins
Temps dédié à distance de la phase aigüe

#2 – COVID+

Exemple d'un patient en EHPAD (hors secteur EMLG)

Comorbidités ++

COVID positif au SAU sans signes de gravité ⇨ Retour EHPAD



RDV pris avec patient + IDE de la structure

Téléassistance paramédicale

prise de paramètres
recherche de signes cliniques
accompagnement du patient dans la démarche

⇨

Facilite le RAD du patient

Détection précoce d'éventuels signes de décompensation

Lien avec l'équipe soignante de l'EHPAD

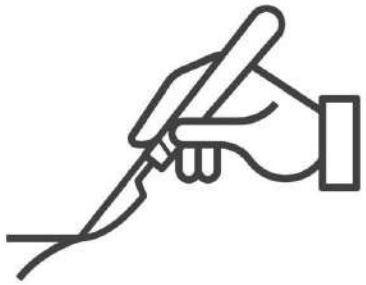
#3 – *Kyste Sacro Coccygien*

Consultation au SAU pour KSC avec douleur et un episode de fièvre

- ⇨ Bio sans particularité
- ⇨ Avis chir: pansement humide / antibiotherapie / bio de contrôle en externe et RAD

RDV pris après 48 à 72h de traitement antibiotique

- ⇨ Mauvaise évolution, douleur importante et fièvre persistante
- ⇨ Syndrome inflammatoire sur bio de contrôle



⇨ Reprise d'un avis chir: passage par le SAU pour consultation chir sans délai

Evite au patient un passage tardif par le SAU avec délai plus important de PEC

Téléconsultation IPA Post-Urgences

Construction du projet

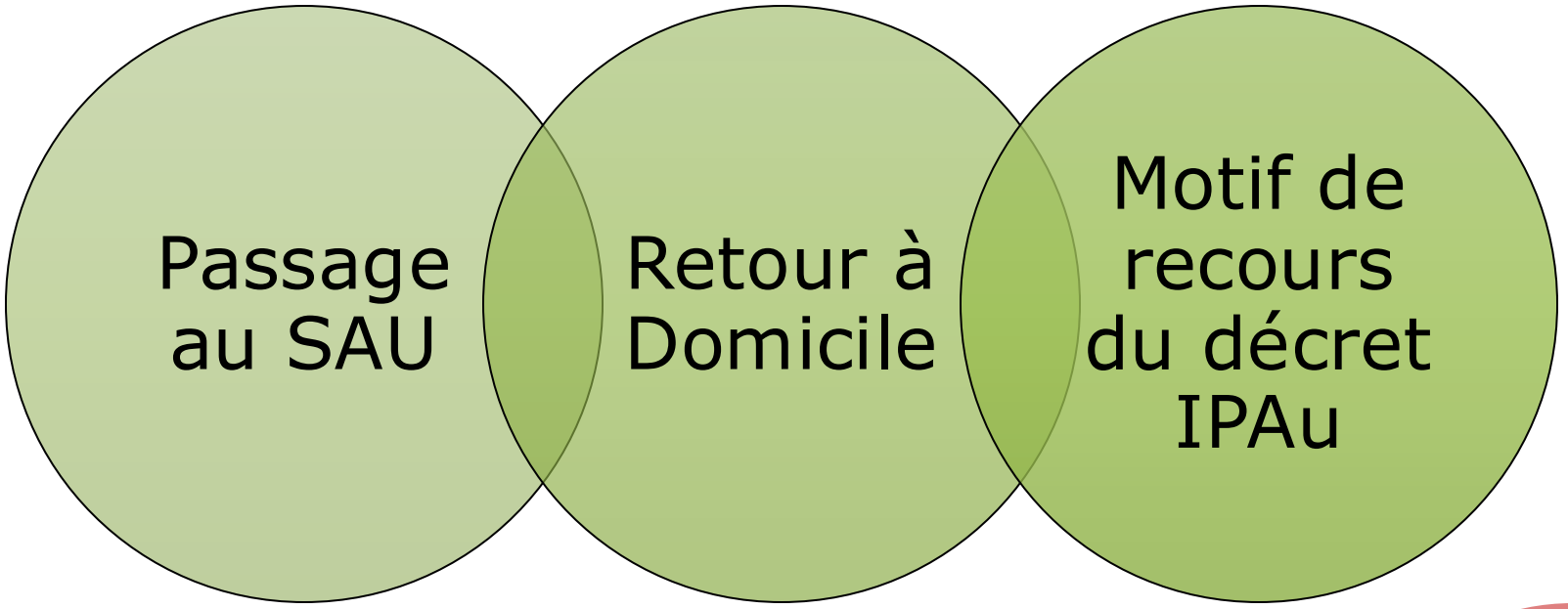
Projet de financement pour formation IPA

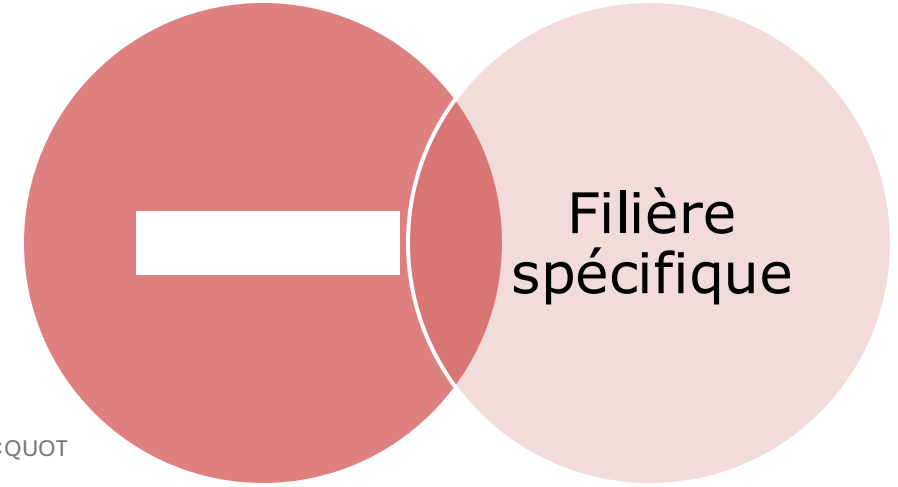
Mise en avant de la **singularité** des IPA

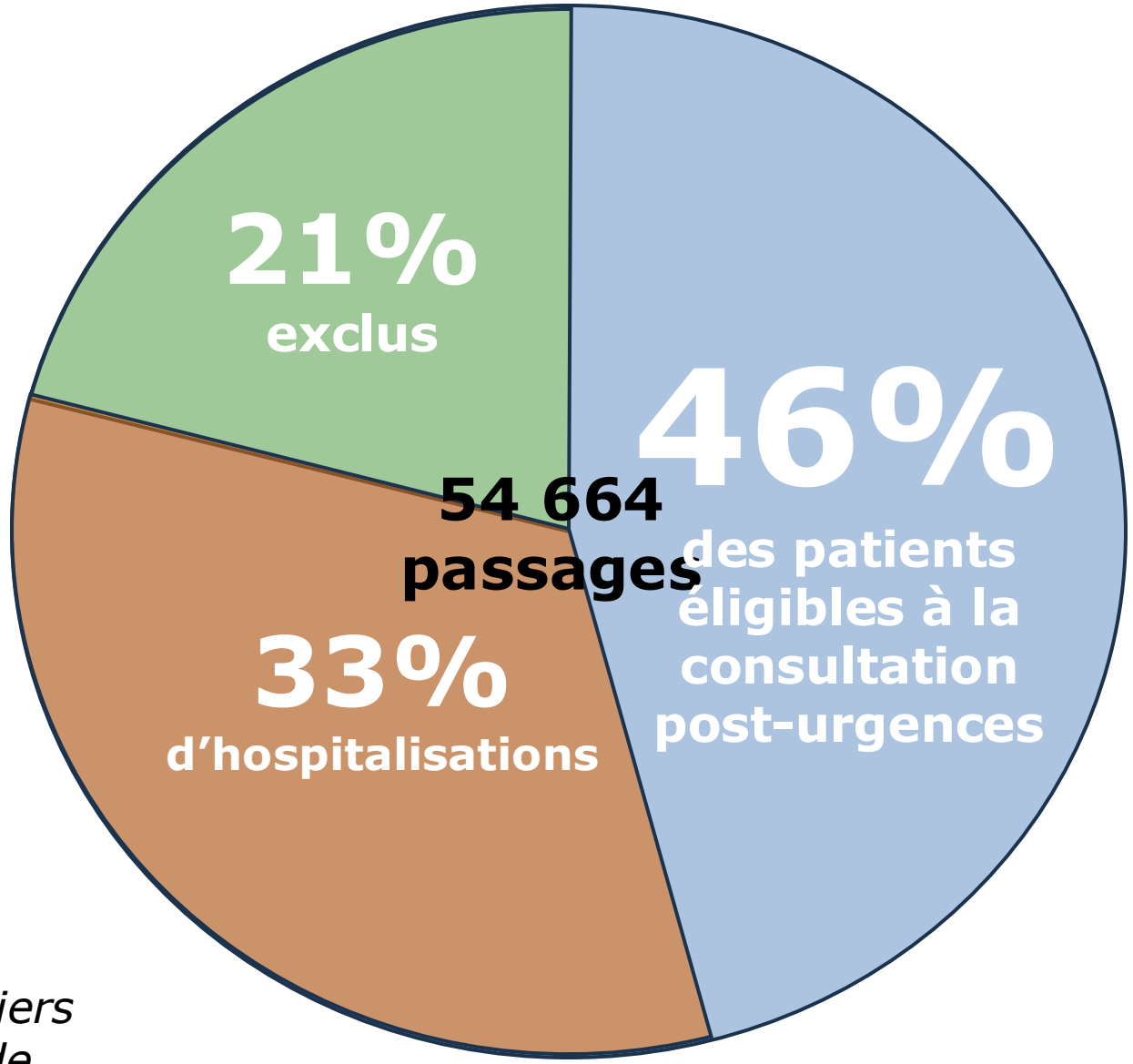
Logique de **gradation** de l'offre de soin

Objectif de prises en charges plus **qualitatives**

Pour quels patients ?

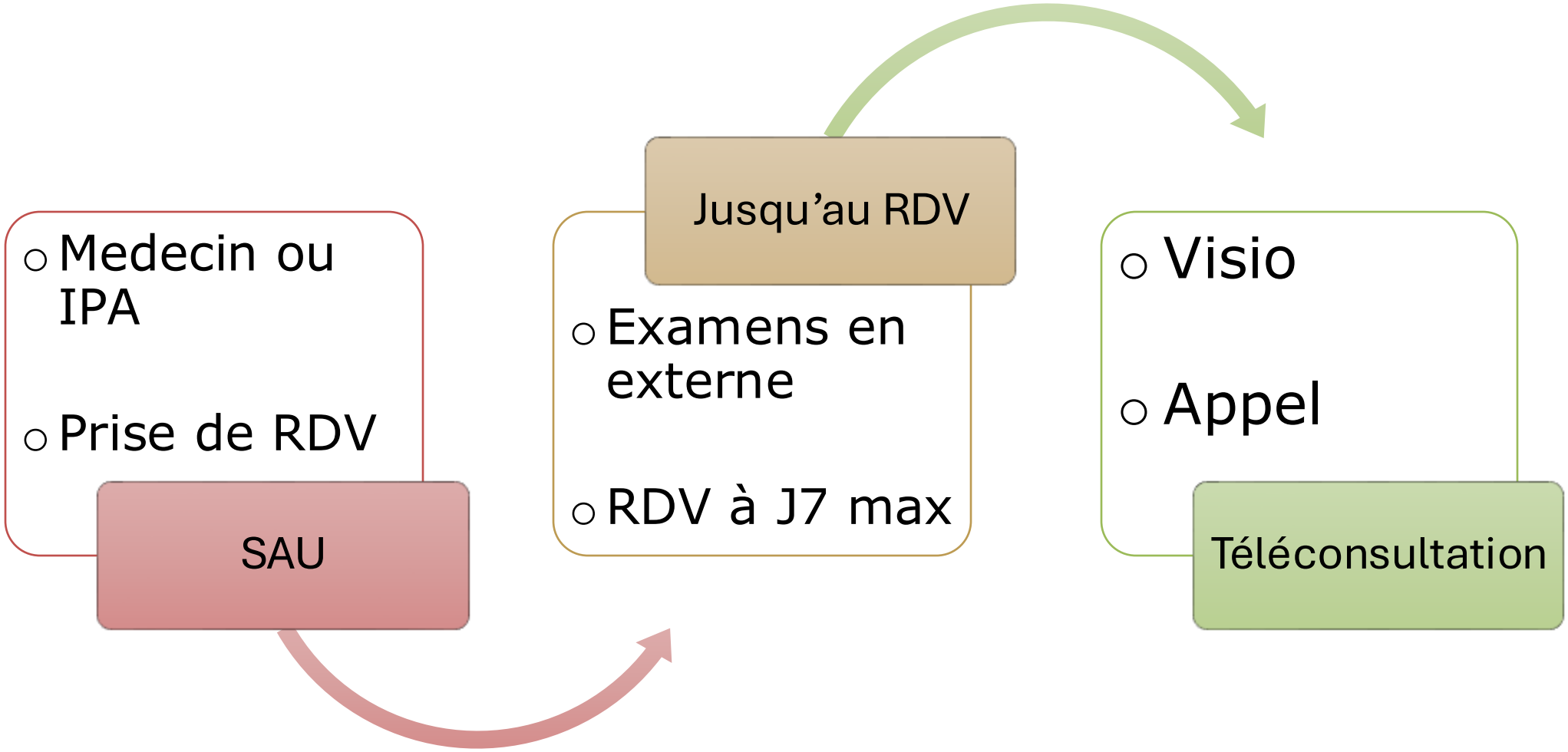






Répartition des dossiers au SAU du CHRU de Nancy sur l'année 2024

Comment ?


Medecin ou IPA
Prise de RDV
SAU
Jusqu'au RDV
Examens en externe
RDV à J7 max
Visio
Appel
Téléconsultation

Axes de reflexion

- Valorisation financière
- Logistique
- Lien avec le *Parcours Innovant IPA*

Objectifs

Désembolisation

Ne pas imposer le suivi post urgences aux médecins généralistes

Médecine de ville

Qualité et **Sécurité**

Diminution des récidives

Détection précoce des décompensations

Patient

Diminution du temps de prise en charge

Favoriser l'ambulatoire

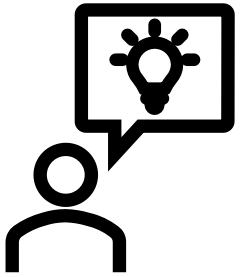
Développement du parcours IPA

Hôpital

Conclusion

Une réponse concrète aux enjeux actuels

Avant, pendant et après le passage aux urgences



Dynamique de recherche et d'innovation

Un investissement stratégique pour demain

L'IPAu, plus qu'un nouveau métier,
c'est un levier de transformation du système de santé

!!!

MERCI

de votre attention

HÔPITAUX SUD LORRAINE
GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

CHRU NANCY