L'équipe PASQUAL vous remercie de votre attente

https://pasqual.sante-paca.fr

20 mai 2021
13h-14h

Comptoir Qualité

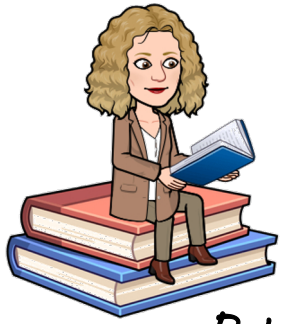
Thématique Urgences

Animé par :
Pr Stéphanie Gentile

Ce Comptoir Qualité est directement inspiré du Comptoir Qualité proposé par le CCECQA, SRA Nouvelle-Aquitaine

Aujourd'hui vous êtes 99 inscrits !

Stéphanie



Patricia

Valentine

Sophie

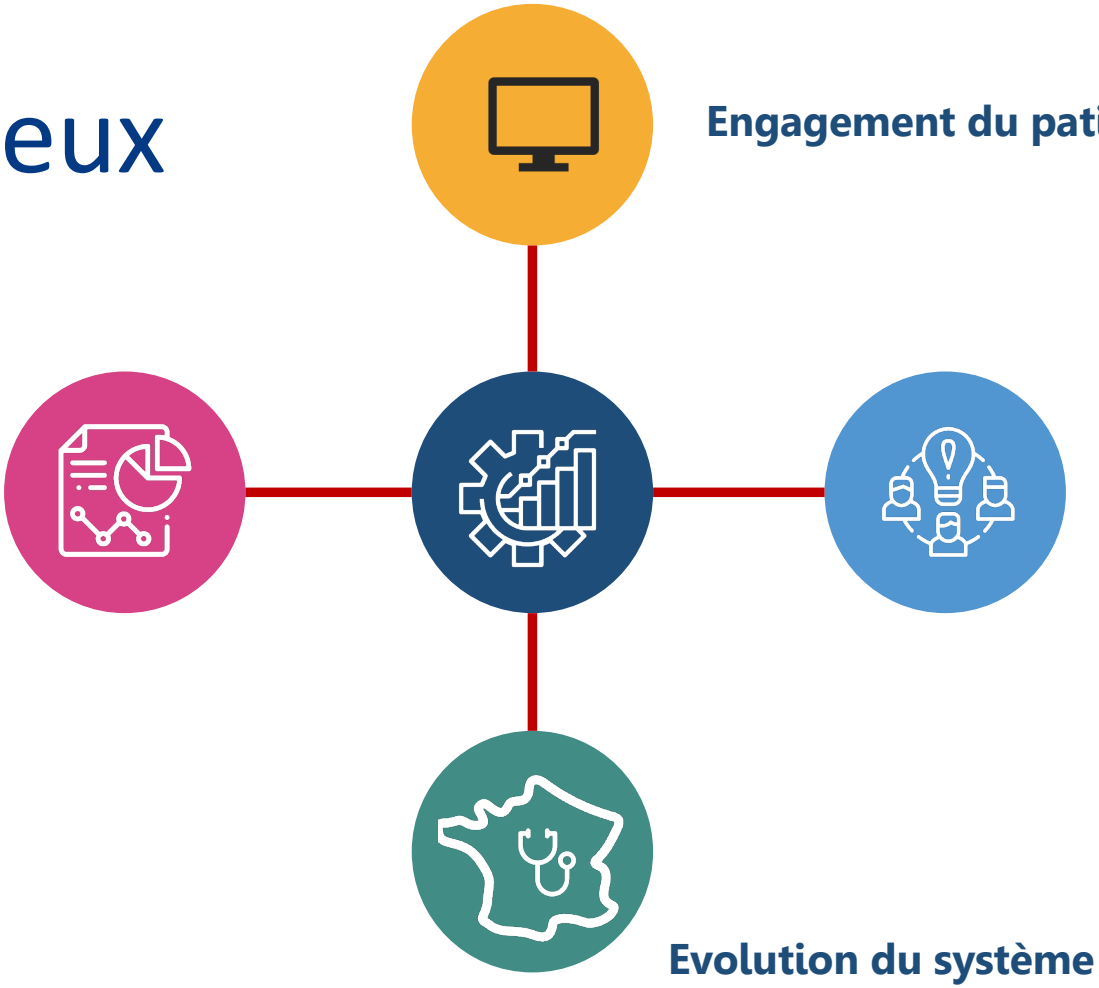
Nos stagiaires

Sabine
(Modératrice)

Victor

N'hésitez pas à utiliser le tchat pour interagir

4 enjeux



Engagement du patient

Culture de la pertinence et du résultat

Travail en équipe

Evolution du système de santé

Les 3 chapitres / 15 objectifs

I. Le patient

1. Est informé et son implication est recherchée
2. Est respecté
3. Ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec son accord
4. Ses conditions de vie et de lien social sont prises en compte dans la cadre de sa prise en charge

II. L'équipe

5. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée en son sein
6. Est coordonnée pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire
7. Maîtrise les risques liés à ses pratiques
8. Evalue ses pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

III. L'établissement

9. Définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire
10. Favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. Sa gouvernance fait preuve de leadership
12. Favorise le travail en équipe et le développement des compétences
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance
14. Dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté
15. Développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Les évolutions

V2010 / V2014	Nouvelle certification
Référentiel V2010 en 20 thématiques	3 chapitres explorant 15 objectifs qualités
20 Fiches thématiques	24 fiches pédagogiques d'enjeux **thématiques**
Critères PEP, EIO	111 Critères standards, 15 **impératifs**, 5 avancés Tout établissement et selon le champs d'application
Auto-évaluation **PDCA** des processus par des pilotes et par les EV en visite	**Evaluation interne des résultats** en termes de pilotage, actions et évaluation en mobilisant les grilles Calista
Compte qualité de l'établissement d'identification de ses risques et actions d'amélioration	**Compte qualité** de résultats obtenus aux critères lors de la visite par les EV (évaluation externe)
Rapport littéral des constats	**Rapport** quantifié des moyennes obtenues aux critères et synthèse rédigée par le coordonnateur de visite
A à E	**Labels** : avec mention, certifié, sous condition, non certifié
Système d'information Sara	Système d'information **Calista**

Le PATIENT

4

objectifs

INFORMÉ

IMPLICATION

RESPECTÉ

ACCORD DU PATIENT

PROJET DE SOINS

CONDITION DE VIE

LIEN SOCIAL

34 Critères
dont 22 tout établissement

4 critères impératifs

- **Consentement**
- **Intimité et dignité**
- **Soulagement douleur (IQSS)**
- Environnement adapté aux mineurs

Les EQUIPES de soins

4 objectifs

PERTINENCE ARGUMENTÉE

COORDONNÉES

MAITRISE DES RISQUES

ÉVALUATION DES PRATIQUES

58 Critères
dont 33 tout établissement

7 critères Impératifs

- Utilisation des médicaments à risque
- Analyse des EIGAS
- Recours mesures restrictives de liberté en psychiatrie et santé mentale
- Examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie
- Utilisation de la check-list en chirurgie et interventionnel
- Maitrise des pratiques d'antibioprophylaxie en chirurgie et interventionnel
- Maitrise des risques liés à HPP à la maternité

1 critère Avancé

- Conciliation des traitements médicamenteux

L'ETABLISSEMENT

7 objectifs

STRATÉGIE

TERRITOIRE

ENGAGEMENT PATIENT

LEADERSHIP

TRAVAIL EN EQUIPE

DEVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

RÉPONSE ADAPTÉE AUX RISQUES

DYNAMIQUE QUALITÉ

39 Critères
dont 34 tout établissement

4 Critères Impératifs, tout établissement

- **Maltraitance ordinaire**
- **Management fondé sur la qualité et sécurité des soins**
- **Maitrise des tensions et situations exceptionnelles**
- **Usages des indicateurs qualité et sécurité des soins**

3 Critères Avancés, tout établissement

- Expertise des patients
- Travail en équipe
- Accréditation des médecins et équipes

Thématique : Service d'urgences

Fiche pédagogique « Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques » selon le référentiel de certification HAS

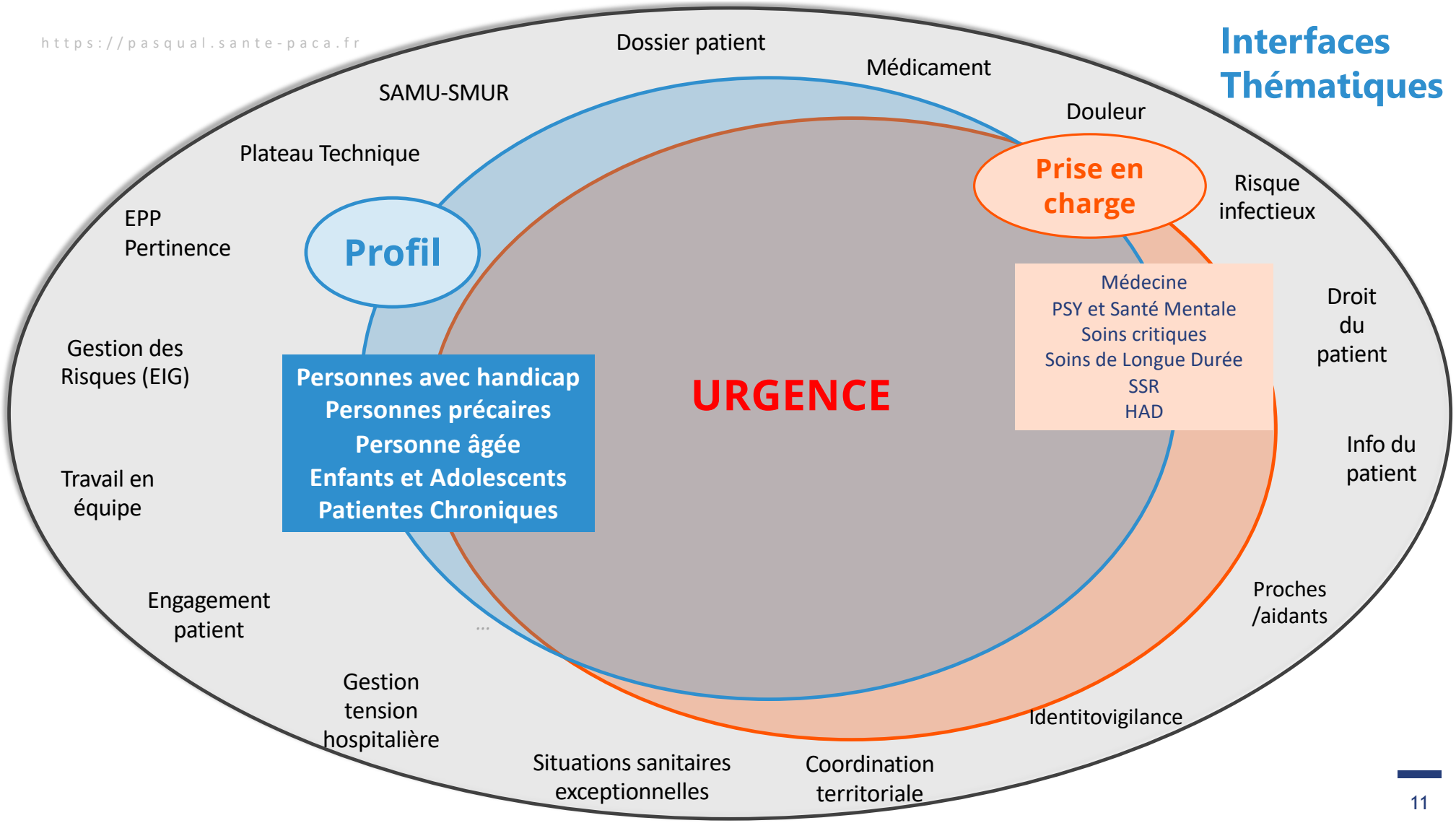
HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Exclus :

- SAMU-SMUR (projet de labélisation HAS)*
- Gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles (critère impératif)

Un guide pour améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des SAMU- Mis en ligne le 19 oct. 2020

Interfaces Thématiques



Thématique déjà existante dans le manuel V2010

Manuel de certification des établissements de santé
V2010

CHAPITRE 2
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partie 4
Prises en charge spécifiques

Référence 25
La prise en charge dans le service des urgences

PEP
MCO
PSY

Critère 25.a Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Les services des urgences sont parties prenantes de réseaux d'urgences au sein des territoires de santé. La connaissance de l'offre de soins et de la disponibilité des structures de prise en charge ainsi que la maîtrise des modalités d'accueil des patients transportés par SMUR sont des éléments fondamentaux du fonctionnement de ces réseaux.

Les enjeux actuels et à venir de l'amélioration de la prise en charge aux urgences des patients, compte tenu notamment de l'augmentation significative (supérieure à 40 %) du nombre de passages aux urgences au cours des dernières années pour des soins qui ne revêtent pas toujours un caractère d'urgence, reposent sur :

- la capacité des établissements à organiser la prise en charge des soins non programmés (hors service d'urgences) ;
- une adaptation de l'organisation de la prise en charge aux diversités territoriales dans un souci de maillage du territoire ;
- la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences ;
- la mise en place de filières spécifiques adaptées à certaines pathologies ou populations.

E1 | Prévoir

L'organisation du service des urgences au sein du réseau des urgences est formalisée et connue par les acteurs du territoire de santé.

Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé et formalisé.

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (soins immédiats, soins rapides non immédiats, patients debout, patients couchés, traumatologie, filières spécifiques, etc.).

E2 | Mettre en œuvre

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel.

Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients.

L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes).

E3 | Évaluer et améliorer

Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements sont réalisés.

Les actions d'amélioration sont définies avec les professionnels et les représentants des usagers, et mises en œuvre.

Champ d'application :
Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences.

Les Enjeux

- Permettre à tous les usagers
  - de bénéficier de filières de recours fluides et accessibles, notamment pour les urgences
  - d'accéder à des plateaux techniques comprenant soins intensifs, réanimation et traitements innovants
- Favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients
- Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge dans les services d'urgences
- Faciliter la sortie des patients des services d'urgences

Fiche pédagogique « Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques » selon le référentiel de certification HAS

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Contexte

Pacte des urgences & Ségur de la santé → Développement des filières permettant l'hospitalisation directe sans passer par les urgences.

Exemple en PACA *→la mise en place d'Infirmière gériatrique aux urgences (IGU) avec ligne téléphonique directe qui répond aux Ehpad, médecins, infirmiers libéraux…et organise des rdv pour les patients afin qu'ils ne viennent pas aux urgences. S'ils arrivent aux urgences leur prise en charge est priorisée. (23 services d'urgences)*

Nouveau modèle de Financement des structures des urgences et SMUR. *Livret pédagogique. Dotation qualité V1 Janvier 2021*. →2 % du financement sur des indicateurs qualité *(progression N-1 et N)*

1. Bonne complétion du diagnostic principal au sein du RPU (2021)
2. Bonne transmission sur l'année de l'ensemble des RPU, reflétant l'exhaustivité de l'activité de la structure (2021)
3. Durée de passage aux urgences pour les personnes de plus de 75 ans
4. Sorties non convenues

https://p

Contexte

Les attendus du nouveau Manuel de Certification spécifiques aux Services d'Urgence

Chapitre 2 : Les équipes de soins

2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge

2.2.03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement

Chapitre 3 : L'établissement

3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec le territoire

3.1-05 Pour les admissions en urgences dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place de modalités de prise en charge rapide.

3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité

Attendus de la thématique – Urgences – Critères Standard

Elément d'évaluation	Méthode	Type de critère
2.2.03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Traceur ciblé	Standard
2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	Traceur ciblé	Standard
3.1-05 Pour les admissions en urgences dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place de modalités de prise en charge rapide.	Audit Système	Standard
3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité	Parcours Traceur + Audit système	Standard

Attendus de la thématique – Urgences – Critères Standard

Elément d'évaluation	Méthode
2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**	**Traceur ciblé**
2.2-04 **L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement**	**Traceur ciblé**
3.1-05 **Pour les admissions en urgences dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place de modalités de prise en charge rapide**.	**Audit Système**
3.7-05 **L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité**	**Parcours Traceur** + **Audit système**

Exemple
Un passage aux urgences, dossier feuille de tri ..

Le traceur ciblé est une **méthode d'évaluation** avec investigation ascendante : part du terrain pour remonter vers le processus.

- Etape 1 : Identification de la cible
  - Choix du traceur
- Etape 2 : Suivi du circuit du traceur ciblé
  - Entretien avec les professionnels impliqués
  - Observation des pratiques
  - Consultation de la documentation
- Synthèse et communication (EVAI)
  - Mise en place d'actions d'amélioration
  - Suivi des actions d'amélioration

- L'audit système est :
  - une **méthode d'évaluation** avec investigation descendante
  - complémentaire à d'autres méthodes d'évaluation (patient traceur, parcours traceur, traceur ciblé, …)
- Cette méthode permet l'évaluation de :
  - **L'organisation de l'établissement** pour s'assurer de sa maitrise et de sa capacité à atteindre ses objectifs

Attendus de la thématique – Urgences – Critères Standard

Elément d'évaluation	Méthode
2.2.03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	Traceur ciblé
2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	Traceur ciblé
3.1-05 Pour les admissions en urgences dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place de modalités de prise en charge rapide.	Audit Système
3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité	**Parcours Traceur** + Audit système

Exemple
Dossier patient hospitalisé présentant un AVC, Patient âgé de > 75 ans

Le parcours traceur permet **l'évaluation du processus de prise en charge** du patient correspondant à un parcours de patients au travers d'un dossier fil rouge.

- Etape 1 : Identification du parcours
  - Choix du parcours à analyser
- Etape 2 : Rencontre avec les équipes
  - Réunion avec les professionnels des équipes rencontrés au cours du parcours
  - Les dossiers de patients correspondant au parcours servent de support à l'entretien (patients sortis de l'établissement)
- Etape 3 : Réalisation du parcours
  - Réalisation du circuit physique du patient
- Synthèse et communication (en EVAI)
  - Mise en place d'actions d'amélioration
  - Suivi des actions d'amélioration

Critère 2.2-03 : L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.
- Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.
- La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.
- Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.
- L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.
- Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Traceur ciblé

Exemple
Un passage aux urgences, dossier feuille de tri ..

Le traceur ciblé est une **méthode d'évaluation** avec investigation ascendante : part du terrain pour remonter vers le processus.

- Etape 1 : Identification de la cible
  - Choix du traceur
- Etape 2 : Suivi du circuit du traceur ciblé
  - Entretien avec les professionnels impliqués
  - Observation des pratiques
  - Consultation de la documentation
- Synthèse et communication (EVAI)
  - Mise en place d'actions d'amélioration
  - Suivi des actions d'amélioration

Question posée dans le cadre des patients traceurs ?

https://pasqual.sante-paca.fr

Rappel des recommandations sur ces critères

2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**

Fiche pédagogique « Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques » selon le référentiel de certification HAS

L'infirmière d'accueil et d'orientation a suivi une **formation spécifique** à ce poste.

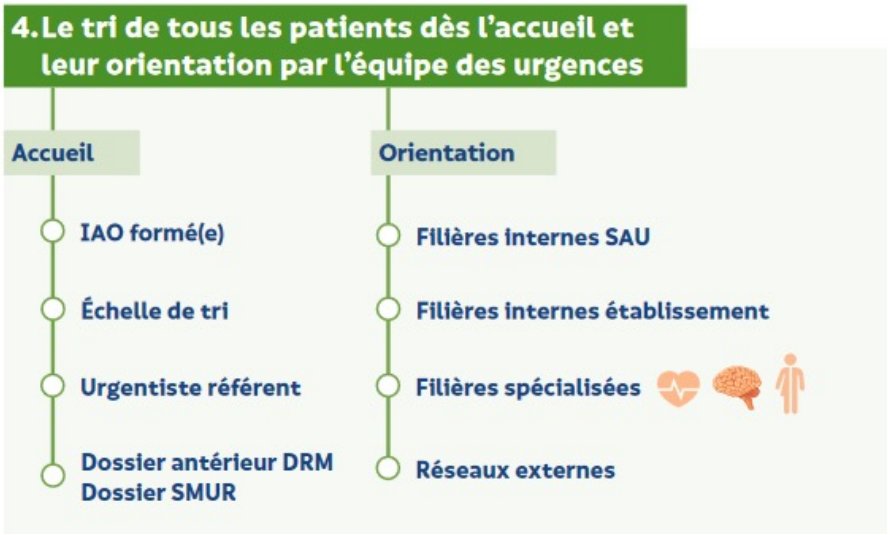
Comment est réalisé ce tri, →accueil jusqu'à l'orientation ;

- dans un délai maximal de 30 mn
- à l'aide d'une échelle de tri validée.

Présence d'urgentiste référent, en charge de l'accueil et de l'orientation identifié dans le tableau de service et facilement joignable par l'IAO ;

Accessibilité du **dossier de régulation médicale** (DRM), le **dossier SMUR** et **l'éventuel dossier antérieur** du patient

Orientation du patient →les filières internes et spécialisées ainsi que les réseaux externes, sont-elles opérationnels et répondent aux filières territoriales



2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**

Fiche pédagogique « Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques » selon le référentiel de certification HAS

Le rôle d'un(e) IDE est de répondre à un double impératif, médical et organisationnel :

L'accueil de tout patient qui consulte aux urgences et l'établissement de priorités en fonction de critères complexes et intriqués (*niveau de sévérité, de complexité, douleur*).

Ce triage a pour but l'orientation des patients dans la bonne filière de soins en fonction des organisations spécifiques (*enfant/adulte, traumatologie/non traumatologie, valide/couché, malade stable/instable, consultation sans/avec acte*).

En France, l'IOA peut **débuter les premiers soins**, notamment pour réduire la **douleur**

L'IOA peut réaliser un ECG, un examen biologique ou encore à prescrire une radiographie dans le cadre d'un protocole interne

Volume de patients par heure

Le temps pour l'accueil et le triage d'un patient par l'IOA est d'environ 5 à 10 minutes.

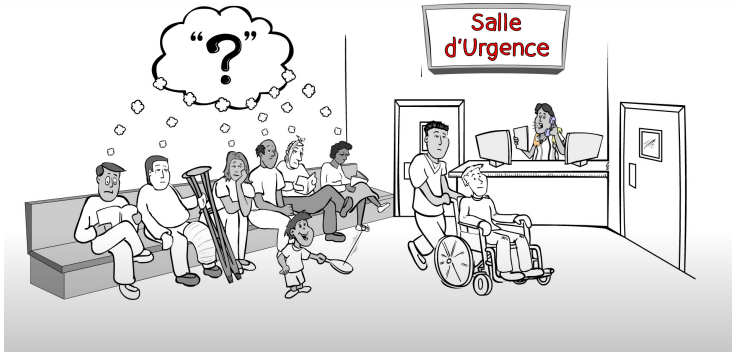
On peut donc estimer que l'IOA peut recevoir et trier environ 8 patients par heure.

Si d'autres missions sont confiées à l'IOA (tâches administratives, prescription ou réalisation d'examen complémentaire, premiers soins, recueil de données médicales complexes), le nombre de patients reçus et triés par heure doit être inférieur ou un renfort prévu

2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**

Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine et d'Urgence 2013

- Question 1 : définition, objectifs et indicateurs qualité du triage ;
- Question 2 : quels sont les outils de triage disponibles ?
- Question 3 : intérêt, rôles et compétences d'un(e) infirmier(e) au triage ;
- Question 4 : intérêt, rôles et compétences d'un médecin au triage



Critère 2.2-03 : L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

Éléments d'évaluation

Professionnels

RAPPEL

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.
- Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.
- La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.
- Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.
- L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.
- Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Traceur ciblé

Exemple de cible : Dossier du TU ?

Le traceur ciblé est une **méthode d'évaluation** avec investigation ascendante : part du terrain pour remonter vers le processus.

- Etape 1 : Identification de la cible
  - Choix du traceur
- Etape 2 : Suivi du circuit du traceur ciblé
  - Entretien avec les professionnels impliqués
  - Observation des pratiques
  - Consultation de la documentation
- Synthèse et communication (EVAI)
  - Mise en place d'actions d'amélioration
  - Suivi des actions d'amélioration

Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO)

Recommandations formalisées d'experts
Société Française de Médecine et d'Urgence 2013

28 - Il faut que la fonction d'IOA puisse être assurée 24 heures sur 24. (accord fort)

31 - Les experts recommandent qu'au-delà de 10 malades à trier par heure, l'IOA soit dédié(e) exclusivement à cette mission avec un renfort par un personnel (IDE et/ou médecin) formé au triage. (accord fort)

35 - Il faut mettre à disposition de l'IOA des outils d'évaluation adaptés à la typologie des patients reçus (exemple : mesure de la tension artérielle, fréquence cardiaque, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire, bandelette capillaire, bandelette urinaire, poids des enfants en bas âge). (accord fort)

36 - Il faut que devant une douleur thoracique évoquant un syndrome coronarien, l'IOA organise la réalisation d'un ECG dans les 10 minutes. (accord fort)

38 - Les experts recommandent une organisation permettant de connaître en temps réel le nombre de patients inscrits, leur niveau de priorité, les temps écoulés depuis leur inscription, leur localisation et la disponibilité des boxes d'examen. (accord fort)

41 - Les experts recommandent que l'enseignement contienne des axes de formation centrés sur l'examen clinique infirmier (annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier), le processus de triage, les sciences humaines, les soins infirmiers en situation d'urgence, la connaissance des cadres administratifs, législatifs et les aspects médico-sociaux. (accord fort)

SFMU
Société Française de Médecine d'Urgence

Médecin Référent

La définition des missions du médecin en zone de triage s'inspire des travaux de la MeaH devenue ANAP, menés en 2006 et 2007.
Le médecin de coordination et orientation (MCO) ne fait pas doublon avec l'IOA dont il est le référent médical.

Sa mission n'est pas de voir tous les patients. Il n'est pas exempt d'une activité de soins directs. Le MCO décharge au maximum de ses possibilités l'équipe médicale de ce qui ne relève pas du soin direct

Recommandations formalisées d'experts
Société Française de Médecine et d'Urgence 2013

45 - Il faut que le MR interprète rapidement et signe l'ECG réalisé lors du triage. (accord fort)

42 - Il faut qu'un médecin posté de la SU soit référent (médecin référent : MR) de l'IOA. (accord fort)

43 - Il faut que le MR connaisse le protocole de triage et les circuits patients de la SU, l'organisation de l'établissement et des différents plateaux techniques. (accord fort)

50 - Il faut que le MCO puisse mettre en alerte les interlocuteurs médicaux et institutionnels en cas de saturation du service. (accord fort)

56 - Les experts proposent que le MCO dispose d'un téléphone portable à accès entrant et sortant directs. (accord fort)

58 - Les experts proposent que le MCO dispose d'un logiciel décrivant le nombre et la typologie des patients, leurs niveaux de priorité et leur situation géographique au sein de la SU. (accord fort)

sfmu
Société Française de Médecine d'Urgence

http

Echelle de tri incluse dans le Terminal Urgence (TU)

La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU) utilise une échelle en 5 stades de complexité et de gravité croissantes

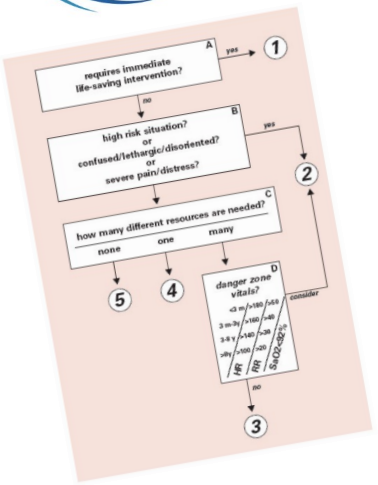
Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Tableau 3 - Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Recommandations formalisées d'experts
Société Française de Médecine et d'Urgence 2013
Autres outils disponibles

L'échelle « **Emergency Severity Index** » (ESI) est un score en 5 points élaboré par l'agence de recherche et de qualité pour les soins de santé américaine (Agency for Healthcare Research and Quality).

Une autre échelle de triage est **l'échelle de Manchester** ou « Manchester Triage Scale» (MTS), élaborée en 1996



2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.
- Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.
- La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.
- Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.
- L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.
- Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Traceur ciblé

Si **Terminal Urgence** (TU) ou autre logiciel

Indicateurs produits automatiquement par le TU

Qualité du triage

- Délai entrée Bureau des entrées *(entrée dans le TU)* et le Triage *(tag IAO)*
- Durée du triage

Qualité de l'organisation de l'accueil

- Délai avant de voir un médecin (*tag médecin)*
- % de prises en charge dans le délai indiqué par le triage
- Durée de séjours au SU *(heure de fin de prise en charge) et (Heure de sortie du SU ou départ dans une unité d'hospitalisation)*

Une simple diffusion ne suffit pas !
Il s'agit de connaitre et d'analyser régulièrement ces indicateurs en équipe

2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**

Fiche pédagogique « Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques » selon le référentiel de certification HAS

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Éléments d'évaluation

Professionnels

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.
- Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.
- La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.
- Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.
- L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.
- Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Traceur ciblé

Lors des visites dans les structures d'urgences, vous devrez vous assurer que les droits des patients sont respectés aux différentes étapes et notamment :

- que le patient est informé des délais d'attente* dès son arrivée ;
- que les soignants respectent l'intimité et la dignité du patient lors des soins ;
- Une attention spécifique devra être portée sur la prise en charge des personnes vivant avec un handicap ou les personnes âgées.

Possibilité avec le TU :
Sur la base de leur statistique globale DMS sur l'année et certains profils→ Faire un affichage sur les tendances ++
Mettre le temps de prise en charge des patients sur les 3 dernières heures

https://pa

2.2.03 **L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge**

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.
- Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.
- La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.
- Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.
- L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.
- Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Fiche pédagogique « Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques » selon le référentiel de certification HAS

HAS

Attitude respectueuse

- Patients attendent non dénudés dans local fermé ou un espac dédié séparé par des paravents
- Traités avec égards, éviter l'infantilisation des personnes lors des soins prodigués notamment si le patient vit avec un handicap, ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable.
- **Respect de la confidentialité** des informations données au patient est respectée lors de l'examen du patient par l'IAO et l'urgentiste.
- **Adaptation des temps d'attente pour les personnes vulnérables** personnes vivant avec un handicap, leur situation de dépendance ou vulnérabilité
- **Accompagnants** →Les règles d'accès aux accompagnants sont affichées
- La présence des accompagnants est facilitée pour les populations spécifiques (*personnes âgées, enfants, handicapés, étrangers ne parlant pas la langue, etc.)*
- local dédié et adapté pour les urgences

Prévoir les situations en zone d'affluenc e

Critère 2.2-04 L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe peut accéder aux données antérieures de séjour ou de consultation du patient dans l'établissement ou le cas échéant, *a minima* au dossier médical partagé.

Traceur ciblé

Références HAS

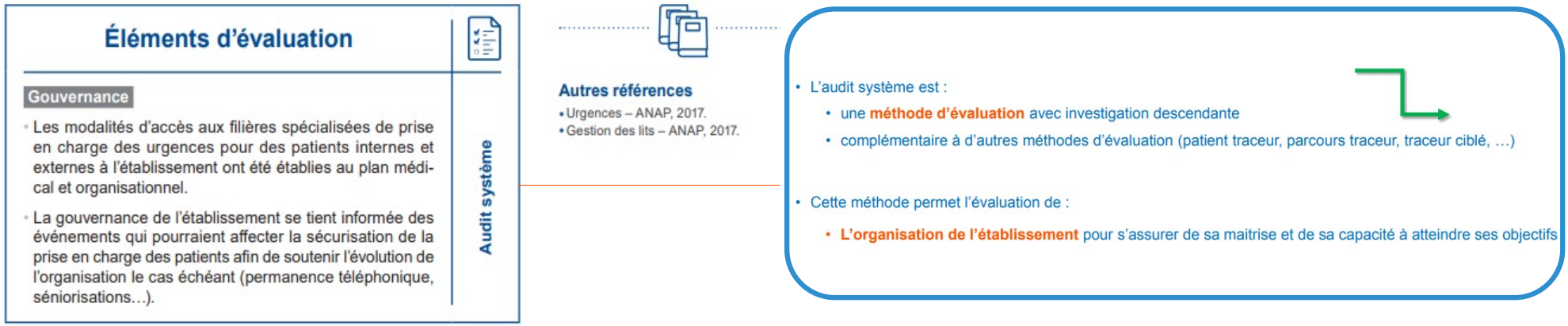
- Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation, 2007.
- Dossier du patient. Amélioration de la qualité et du contenu, 2003.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 1111-7 et R. 1112-2 du CSP.

Critère 3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide

L'efficacité des filières spécialisées de prise en charge des urgences préhospitalières et astreintes à une mission de permanence des soins (urgences cardiaques, urgences neuro-vasculaires, traumatologie lourde, réanimation, imagerie spécialisée associée à ces filières…) repose en partie sur l'organisation de modalités de prise en charge rapide et fluide des patients en provenance du service d'accueil des urgences ou des structures extérieures avec les transports sanitaires d'urgence. Pour les établissements concernés, les modalités d'accès direct dans leurs unités spécialisées sont opérationnelles, connues des partenaires adresseurs ainsi que de l'établissement, et révisées si besoin avec l'ensemble des acteurs concernés par la filière spécialisée de soins.



Critère 3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide

Population cible

- Président CME/ DG
- Chef de pôle des urgences
- Chefs de service des urgences et des services concernés par les filières
- CSS du service des urgences et des services cliniques concernés par les filières
- Responsable SAMU
- DIM Suivi des indicateurs d'activité

Les filières opérationnelles et répondant aux filières territoriales de prise en charge, que sont :

- les filières internes au service d'accueil des urgences - SAU (circuits court/long, SAUV, UHCD...) ;
- les filières internes à l'établissement : avis spécialisés (chirurgical, médical), plateaux techniques (biologie, radiologie, bloc opératoire..), services d'hospitalisation (lits d'aval) ;
- les filières spécialisées : USIC, neuro-chir, AVC, pédiatrie, psychiatrie... ;
- les réseaux externes : réseaux de soins de ville, HAD, SSIAD.

On va rechercher :

Projet d'établissement, projet de pôle, contrat de pôle….

Tout document décrivant la stratégie de l'établissement

Revue de direction, tableau d'indicateurs ..

Critère 3.1-05 Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide

Objectifs

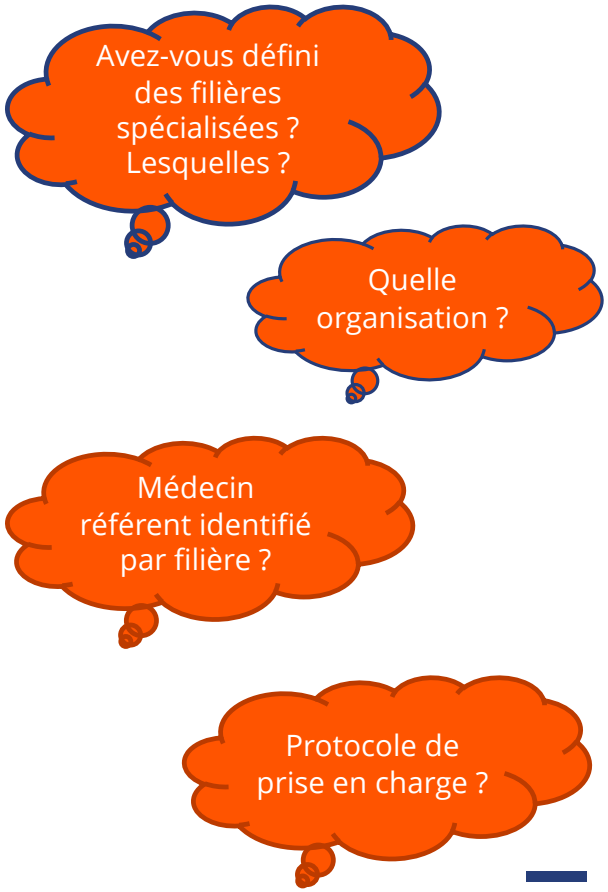
- Inscrire plus rapidement le patient dans une filière de prise en charge (exemple filière gériatrique)
- Clarifier le positionnement du SAU dans le cadre des filières d'hospitalisation d'urgence
- Réduire les temps de passage aux urgences pour les patients éligibles à des filières spécifiques
- Améliorer les transmissions et la coordination des prises en charge
- Eviter les mauvaises orientations et diminuer le nombre de transferts dans des unités de soins « intermédiaires »
- Existence de parcours patients identifiés

Comprendre

- Coopération entre les professionnels du SAU et ceux des services de spécialités concernés par les filières
- Coordination avec les professionnels du SAMU, qui doivent être informés de l'existence des filières

Indicateurs

- Volume et temps de passage des patients concernés par les filières (TU)
- Taux de patients éligibles à une filière spécifique non pris en charge dans la filière concernée (PMSI ?)
- Volume et Taux d'hospitalisation des patients concernés par les filières (PSMI)
- Nombre de sorties prononcées par les équipes mobiles (SU et UHCD) parmi les patients prévus pour être hospitalisés
- Durée moyenne de passage aux urgences pour les patients concernés par les filières (TU)
- Nombre de consultations des équipes mobiles aux urgences (gériatrie, psychiatrie, etc…)
- Satisfaction des patients et de leurs familles (e satis pour les patients hospitalisés + de 48h)



Exemples d'indicateurs qualité des prises en charge
À extraire le plus possible du système d'information

Analyse de la pertinence

Exemples PASQUAL

Indicateurs d'activité
- Nb de consultants
- Nb de personnes de >75 ans
- Nb de patients <3 mois

Qualité de l'accueil et du tri
- Durée avant IAO
- Délai avant Med
- Durée d'attente gravité 1 et 2
- Durée d'attente total e
- % de prise en charge ayant une DMS > 10 heures

Gestion des risques - Pertinence
- Déclaration des EI et EIG
- Nombre de analyses approfondies des causes (RMM) réalisées
- Nb de Sorties sans voir un médecin (Sortie non convenue)
- Nb de re-consultation dans les moins de 48h
- Analyse plaintes et réclamations (*Experience Patient*) à rapporter nb de consultants

Autres indicateurs
- Nb de LATA
- Experience Patient / Satisfaction (par ex choix au hasard de plusieurs patients par mois)

Analyse de la pertinence des filières

Exemples HAS

Indicateurs spécifiques aux filières pré-établies
- Volume et temps de passage des patients concernés par les filières
- Taux de patients éligibles à une filière spécifique non pris en charge dans la filière concernée
- Volume et Taux d'hospitalisation des patients concernés par les filières
- Nombre de sorties prononcées par les équipes mobiles (SU et UHCD) parmi les patients prévus pour être hospitalisés
- Durée moyenne de passage aux urgences pour les patients concernés par les filières
- Nombre de consultations des équipes mobiles aux urgences (gériatrie, psychiatrie, etc…)
- Satisfaction des patients et de leurs familles

Ce que va chercher la HAS :
- ✓ **Comment l'équipe s'empare de ces indicateurs pour améliorer ses pratiques ?**
- ✓ **Comment l'établissement s'empare de ces indicateurs pour améliorer les organisations?**

https://pasqual.sante-paca.fr

Indicateurs qualité du RPU diffusés mensuellement par Innovation e-Santé Sud (*Terminale urgence*)

	SU:	Janv.	Fév.	Mars	Cumul 2021	Evolution 2021 - 2020 (%)	2020	2019	Sur l'ensemble des SU généraux (médiane; Q1-Q3); cumul 2021		
									% / médiane	1er quartile	3ème quartile
Indicateur volet qualité	Complétude du Diagnostic principal; %										
	Nombre de jour sans transmission de RPU ou avec transmission anormalement basse, n										
	dont Nombre de jour sans transmission de RPU, n										
	et Nombre de jour avec transmission anormalement basse de RPU; n										
Variables considérées dans les suppléments	Complétude Age; %										
	Complétude CCMU; %										
	Complétude "TRANSPORT"; %										
Variables considéres dans les IQSO	Complétude "MODE DE SORTIE" (MdS); %										
	Complétude Durée de séjour; %										
Autre indicateurs qualité des données	% "ORIENTATION" renseignée parmi MdS Externe; %										
	% "ORIENTATION" renseignée parmi MdS Hospitalisation et transfert; %										
	Score qualité des RPU (FEDORU)										

45/55 des Services d'urgences PACA ont comme dossier le Terminale Urgence.
Il est possibilité d'imprimer une lettre de sortie

Indicateurs qualité diffusés mensuellement par Innovation e-Santé Sud

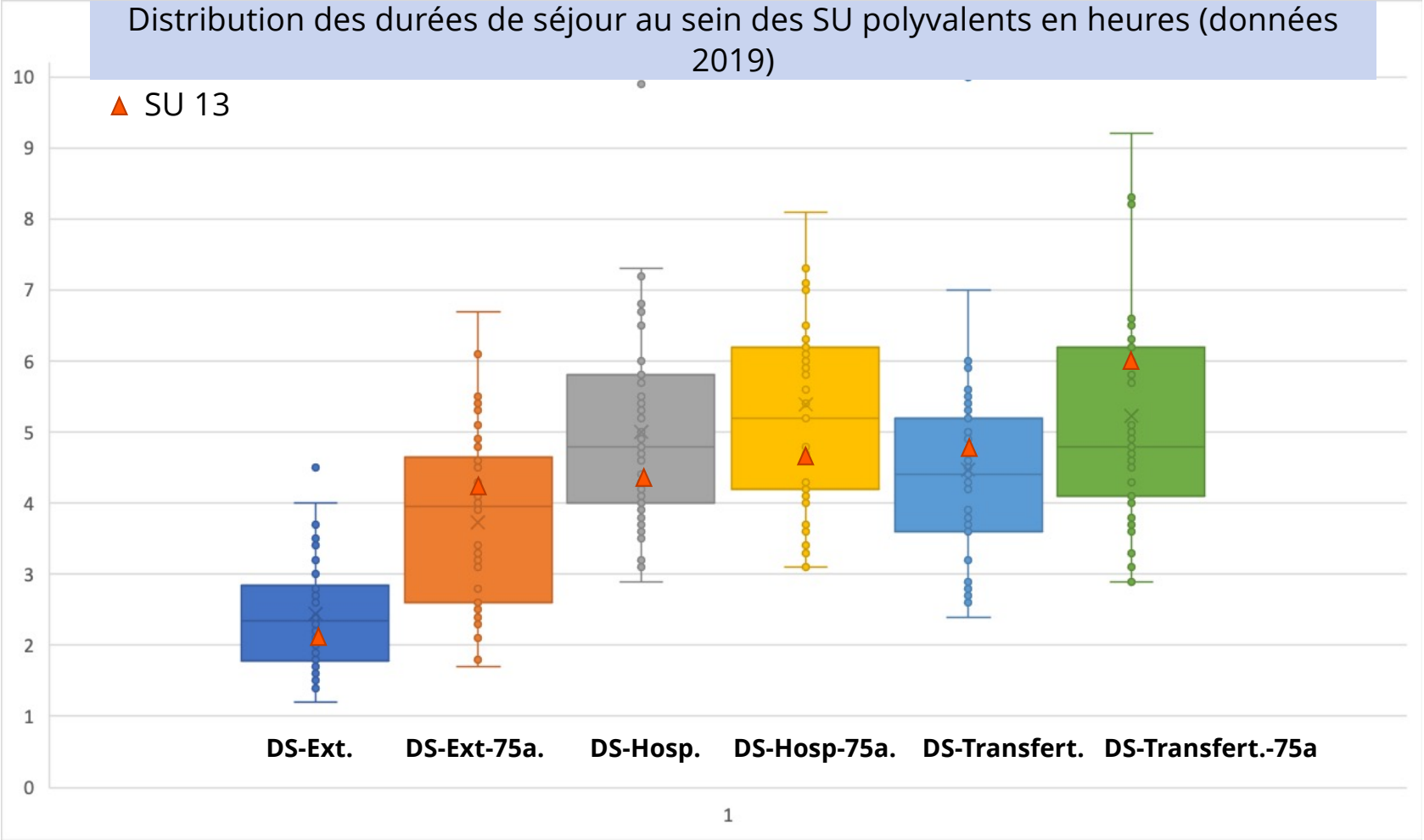
Reforme de financement des service d'urgence 2% de budget liés aux critères de qualité

SU :	Janv.	Fév.	Mars	Cumul 2021	Evolution 2021 - 2020 (%)	2020	2019	Sur l'ensemble des SU généraux (médiane; Q1-Q3); cumul 2021		
								% / médiane	1er quartile	3ème quartile
Durée séjour (DS); médiane										
Durée séjour externe (DS-E); médiane										
Durée séjour hospitalisés (DS-H); médiane										
Indicateur relatif (%) de la filière d'aval *(IR-FA); %*									X	X
Durée séjour transférés (DS-T); médiane										
Durée séjour > 75 ans (DS-75); médiane										
Indicateur relatif (%) de la filière gériatrique *(IR-FG); %*									X	X
Durée séjour externe > 75 ans (DS-E-75); médiane										
Durée séjour hospitalisés ou transférés > 75 ans (DS-H-75); médiane										
Durée séjour hospitalisés > 75 ans (DS-H-75); médiane										
Durée séjour transférés > 75 ans (DS-T-75); médiane										
Durée d'attente (DA); médiane*										
Durée d'attente gravité IOA 1 et 2 (DA-Urg); médiane*										
Durée d'attente gravité IOA 5 (DA-NU); médiane*										
Indicateur relatif (%) de la filière patient urgent (IR-PU)*									X	X
Sortie non convenues (SNC); %									X	X
Indicateur d'adaptabilité à la charge de travail DS (IACT-DS); %									X	X
Indicateur d'adaptabilité à la charge de travail DA (IACT-DA); %*									X	X

**: indicateurs déductibles des données TU mais pas des RPU au format national.*

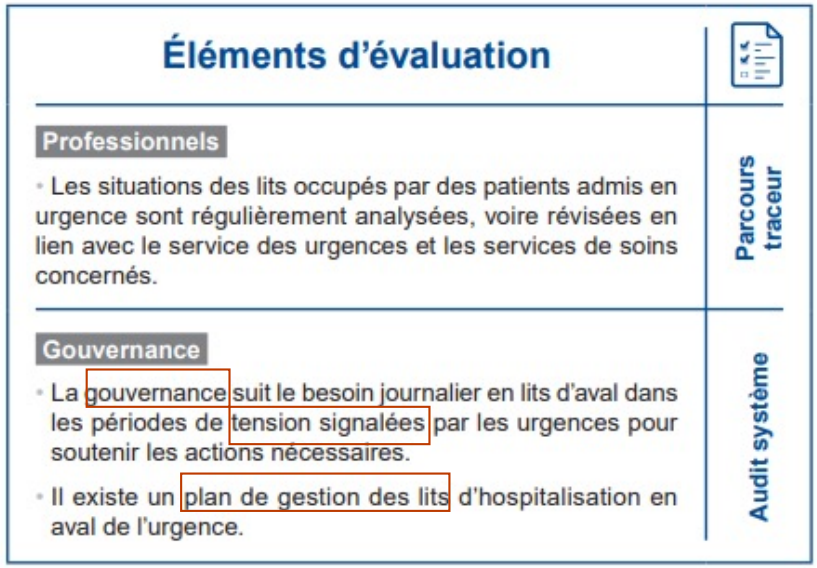
45 /55 des Services d'urgences de PACA ont comme dossier le Terminale Urgence.
Il est possibilité d'imprimer une lettre de sortie

Distribution des durées de séjour au sein des SU polyvalents en heures (données 2019)



Critère 3.7-05 L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité en toute sécurité

La fluidité de l'hospitalisation non programmée est un enjeu de qualité et de sécurité des soins. Cet enjeu ne peut reposer que sur quelques services dont celui des urgences. Il doit faire l'objet **d'une politique de l'établissement**, portée **par la gouvernance**, pour un engagement de **la communauté hospitalière en faveur des hospitalisations non programmées**. Cet engagement doit être traduit dans un **ou des plans d'action** visant une conciliation entre les flux d'hospitalisations programmées et non programmées sur l'ensemble de l'établissement et selon les périodes de l'année ou des événements impromptus



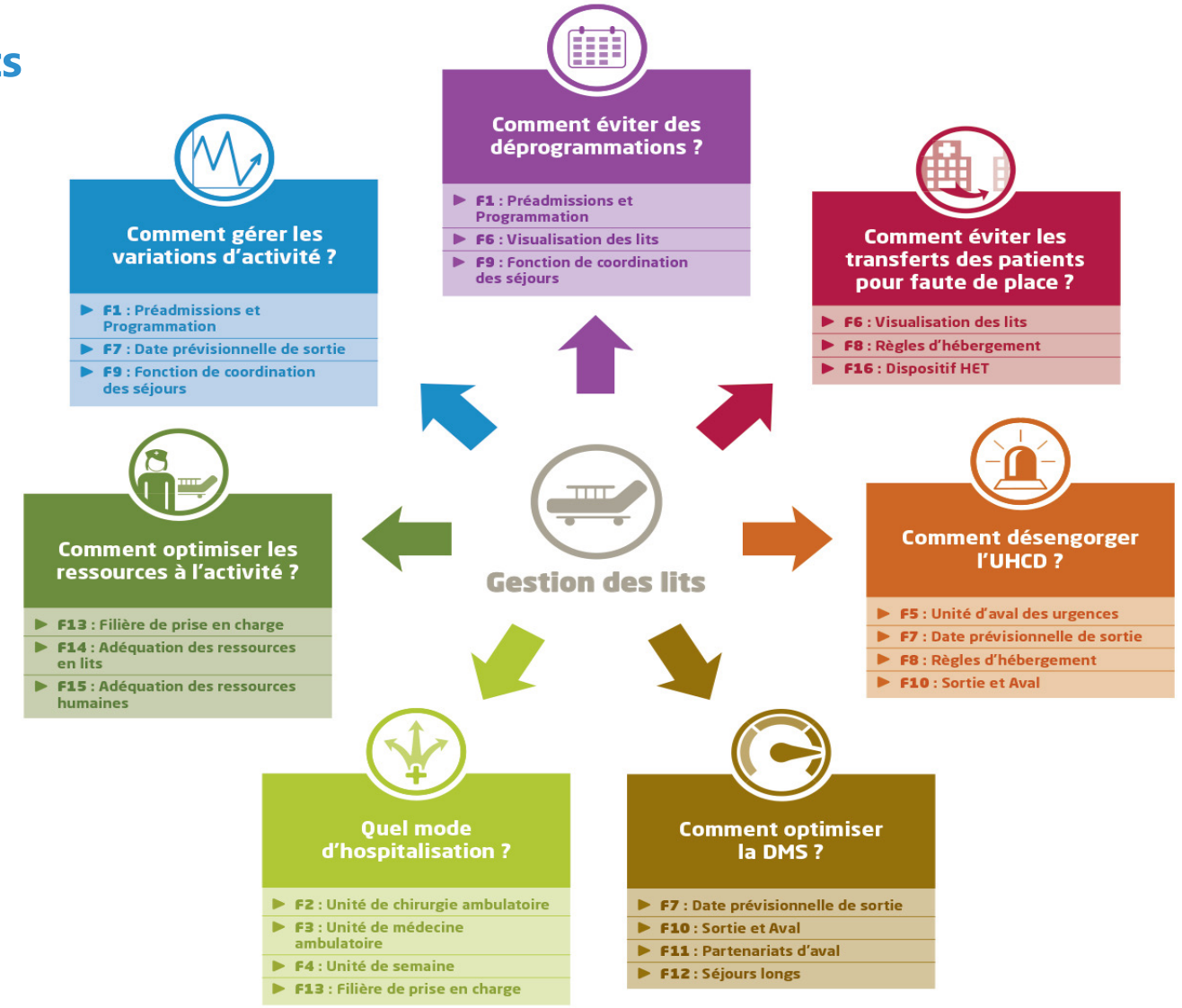
Le parcours traceur permet **l'évaluation du processus de prise en charge** du patient correspondant à un parcours de patients au travers d'un dossier fil rouge.

Exemple Dossier patient hospitalisé présentant un AVC, Patient âgé de > 75 ans

- Etape 1 : Identification du parcours
  - Choix du parcours à analyser
- Etape 2 : Rencontre avec les équipes
  - Réunion avec les professionnels des équipes rencontrés au cours du parcours
  - Les dossiers de patients correspondant au parcours servent de support à l'entretien (patients sortis de l'établissement)
- Etape 3 : Réalisation du parcours
  - Réalisation du circuit physique du patient
- Synthèse et communication (en EVAI)
  - Mise en place d'actions d'amélioration
  - Suivi des actions d'amélioration

Gestion des lits

Gestion des lits – ANAP, 2017



Gestion des lits

- Projet gestion des lits → Gouvernance générale de l'établissement (revue de projet, contrat de pôle)
- Mettre en place une gestion centralisée des lits par le biais de cellule ou de gestionnaire de lits →Fiche de poste, tableau de bord, indicateurs
- Structurer les filières de soins (notamment gériatrique ou post urgences)
- Favoriser l'organisation des avis spécialisés et les liens avec la médecine de ville pour développer les entrées directes sans passage des patients par les urgences.
- Dans le cadre des **dispositifs d'Hôpital en tension** : définir des règles strictes de seuils d'alerte et d'ouverture de lits. Organiser le dédoublement de chambre en cas d'afflux saisonniers (cf dispositif gestion des tension)
- Ajuster les modes et les capacités d'hospitalisation à l'évolution de l'activité et définir en regard les organisations médicales et soignantes en veillant au juste dimensionnement (cf dispositif gestion des tension)

https://pasqual.sante-paca.fr

Outil ANAP

Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

Sommaire

1. Principaux enseignements et...
   1.1. S'engager dans la démarch...
   1.2. Les prérequis nécessaires...
   1.3. Les facteurs de réussite...
   1.4. Des résultats encourageant...
2. Les fiches actions une aide...
   2.1. FICHE 1 : Développer la p...
   2.2. FICHE 2 : Optimiser une u...
   2.3. FICHE 3 Optimiser une uni...
   2.4. FICHE 4 Justifier la pert...
   2.5. FICHE 5 Justifier la pert...
   2.6. FICHE 6 : Mettre en place...
   2.7. FICHE 7 Renseigner dès la...
   2.8. FICHE 8 : Mettre en place...
   2.9. FICHE 9 : Mettre en place...
   2.10. FICHE 10 : Préparer la s...
   2.11. FICHE 11 Mettre en place...
   2.12. FICHE 12 : Suivre les sé...
   2.13. FICHE 13 : Structurer un...
   2.14. FICHE 14 : Mettre en adé...
   2.15. FICHE 15 : Mettre en adé...
   2.16. FICHE 16 : Structurer u...
3. On en parle
   3.1. Témoignage de la Clinique...
   3.2. Les urgences au Queen's H...
   3.3. 3. Le big-data australien...

2. Les fiches actions une aide à la mise en oeuvre du projet

2.5. FICHE 5 Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences

★★★★☆ (2 notes) 7645 vues

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

L'Unité d'aval des urgences (UAU) est une unité d'hospitalisation de courte durée ayant vocation à accueillir tous types de patients provenant exclusivement des urgences (sans passage préalable par l'UHCD) :

- Après avis d'un médecin (urgentiste et / ou responsable de l'UAU et selon des critères définis (exemple : patients qui présentent une pathologie médicale aiguë dont le diagnostic n'a pu être clairement défini aux urgences) ;

- Dont le séjour est supposé supérieur à 36 heures :

Deux types de fonctionnement envisageables en fonction de l'objectif de l'unité :

- Type 1 : DMS de plus ou moins 48h, qui permet d'affiner les diagnostics et d'orienter au mieux les patients dans les services de spécialité sans emboliser les lits d'UHCD ;

- Type 2 : DMS de 3 à 5 jours maximum avec un retour à domicile (donc sans passage dans un service d'hospitalisation de spécialité). Une prise en charge pluridisciplinaire et globale sera alors proposée dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel.

Ressources ANAP

Hôpital en Tension

Origine du Risque	Catégorisation du risque	
EXOGÈNE	**Afflux de patients**	Épidémie Fluctuation saisonnière ou hebdomadaire Événementiel
ENDOGÈNE	**Défaut de processus au sein des urgences ou interne à l'établissement**	Défaut structurel (locaux inadaptés, absentéisme non remplacé, mouvement social, difficulté d'accès plateau technique, panne informatique ...). Logistique de « charge en soins » (plusieurs patients graves en cours de prise en charge simultanément, équipe en sortie SMUR...).
	Carence de lit d'aval	Insuffisance de disponibilité en lits (activité programmée mal dimensionnée, travaux, fermeture exceptionnelle d'une unité de soins, manque de personnel....). Infection nosocomiale majeure dans l'établissement. Saturation des structures d'aval du MCO.

Organisation de la gestion des tensions ?

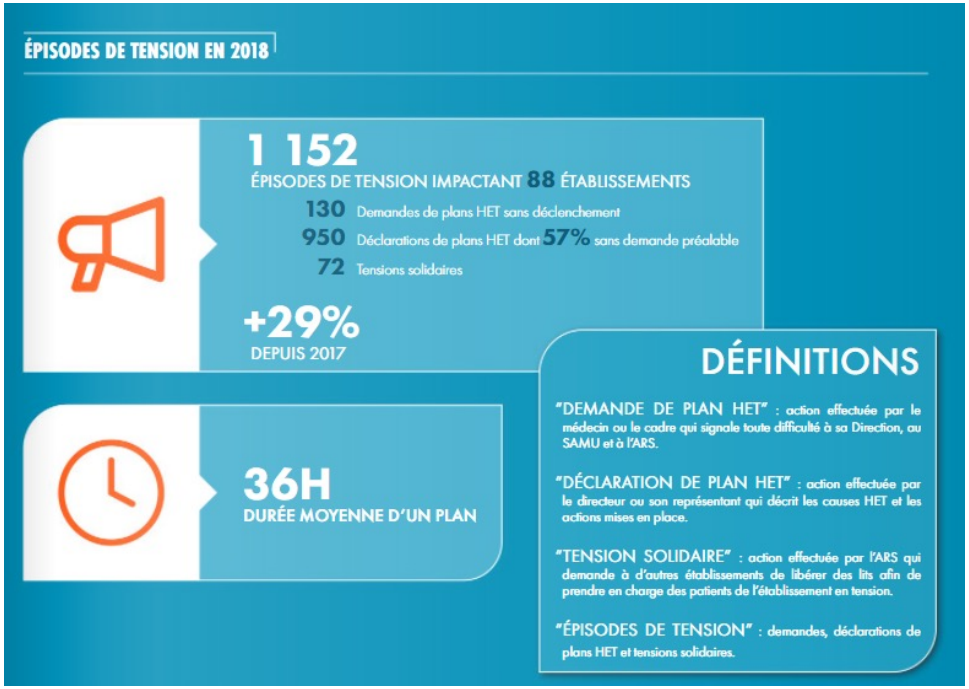
Nombre de tensions déclarées dans le ROR ?

Organisation au sein de l'établissement ?

Suivi d'indicateurs ?

Gestion des épisodes de tension en établissement Recommandations FEDORU 2019

Quelques chiffres issus du Panorama des urgences



https://ies-sud.fr/activite-des-urgences/

Synthèse

Dans le contexte du Ségur de la santé et du nouveau mode de financement

Les attendus sont sensiblement les mêmes qu'en V2014 :

- Service d'urgence : tri, orientation, filières, accueil, information, durée de séjour
- Etablissement : gestion des filières spécialités, gestion des lits d'aval, gestion des tensions hospitalières

La grande différence porte sur les différentes méthodes d'évaluation→ Evaluation croisée des critères

Terrain	Management / Gouvernance
Traceur ciblé	Audit système
Parcours Traçeur	
Patient traçeur	

De nombreux indicateurs à disposition

Comment toutes ces données sont mobilisées par les SU et les établissements pour conduite leur démarche qualité ?

https://pasqual.sante-paca.fr

Vos questions

Thématique Urgences

Vos questions

Questions	Eléments de réponse PASQUAL
Quels points clefs seront vérifiés par l'expert visiteur lors du traceur ciblé ?	Tout ce qui est relatif au tri à l'accueil, droits du patients, accès au dossier patient…(cf diapositives précédentes)
L'information à donner sur le délai d'attente : - Sous quelle forme ? - Comment c'est envisagé sachant que ce délai est dynamique et peut varier soudainement ? - Avez-vous des exemples concrets de ce qui est fait dans d'autres services ?	Il peut y avoir des affiches qui donnent un délai moyen selon l'heure d'arrivée et le type de circuit. Vous pouvez vous baser sur vos statistiques de vos DMS pour donner une information globale au patient et sa famille. Vous devez avoir des règles pour informer le patient et sa famille si les délais se prolongent
Est ce que le critère de la personne de confiance est autant applicable aux urgences ?	oui
Est ce que le critère du consentement est applicable aux urgences ?	oui
Peut il avoir un patient traceur aux urgences ? de même pour le parcours traceur ?	Oui, en renseignant le Champs « Urgences » dans le mode d'entrée
Comment calculer l'indicateur de bonne complétion du DP (Dossier Patient) ?	Oui, automatiquement sur le TU
Comment calculer l'indicateur d'exhaustivité calendaire du recueil RPU (Résumé de Passage aux Urgences) ?	Il n'est pas calculable localement car il se base sur une modélisation à part de la base nationale
Comment calculer l'indicateur des sorties non convenues ?	Il est disponible sur le TU

https://pasqual.sante-paca.fr

Intéressé.e par ce Comptoir Qualité Thématique ?

Si vous n'êtes pas encore inscrits(es), n'hésitez pas à vous inscrire aux prochains comptoirs !

Un questionnaire de satisfaction vous sera envoyé ultérieurement.

Ressources

- Modèle de financement des structures des urgences et SMUR Compartiment dédié à la Qualité Livret pédagogique Dotation Qualité V1 Janvier 2021
- Fiches pédagogiques Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification HAS Novembre 2020
- Pacte de refondation des urgences, septembre 2019
- Gestion des épisodes de tension en établissement Recommandations FEDORU 2019
- Le triage en structure des urgences!! Recommandations formalisées d'experts. Société Française de Médecine d'Urgence 2013
- Evaluer et analyser la performance d'un service d'urgences : Les outils de diagnostic «Urgences ». ANAP 2017
- Gestion des lits – ANAP, 2017.
- Présentation du Terminal Urgences (TU) https://tgs.ies-sud.fr/presentation-tu/

Professionnels consultés

- Dr Veronique Péquignot (AP-HM Hôpital Timone)
- Dr Guilhem Noël (PH urgentiste, référent IES TU)
- Mme Catherine Bompard (Référent ARS sur la filière Urgence)

PASQUAL
PACA Sécurité Qualité
ieSS

Toute l'équipe **vous** remercie