Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 25 Septembre 2018 à Poitiers
par Madame Maëlle MORVAN

Impact de la mise en place d'une équipe médicale dédiée à la salle d'accueil d'urgence vitale du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE
Monsieur le Professeur Denis FRASCA
Madame le Docteur Julie LARRIEU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérémy GUENEZAN

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 25 Septembre 2018 à Poitiers
par Madame Maëlle MORVAN

Impact de la mise en place d'une équipe médicale dédiée à la salle d'accueil d'urgence vitale du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE
Monsieur le Professeur Denis FRASCA
Madame le Docteur Julie LARRIEU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jérémy GUENEZAN

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS :

Monsieur le Président du jury,

Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Professeur d'Anesthésie et de Réanimation
Chef de service des Urgences du CHU de Poitiers et Coordonnateur du DESC de Médecine d'Urgence.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Vous m'avez offert l'opportunité de pratiquer la médecine d'urgence et d'intégrer cette grande équipe de Poitiers. Je mesure cette chance et vous en remercie.

Je connais la haute valeur de votre enseignement et espère continuer à apprendre en votre présence.

Je vous exprime ma reconnaissance et mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bertrand DEBAENE,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Professeur d'Anesthésie et de Réanimation

Président de la Commission médicale d'établissement du CHU de Poitiers

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Trouvez ici le témoignage de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Denis FRASCA,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Professeur d'Anesthésie et de Réanimation

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Julie LARRIEU,

Praticien Hospitalier

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Merci d'avoir initié ce travail de thèse et d'y avoir porté de l'intérêt.

Je n'aurai pas l'occasion de travailler et d'apprendre à tes côtés mais je te souhaite bonne continuation pour ton aventure basque.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Jérémy GUENEZAN

Jérémy, merci pour ta grande aide et ton soutien.

Merci d'avoir cru en moi pour ce travail, merci de m'avoir rappelé l'importance de la rigueur. Merci pour ton sens aiguisé du détail et ta finesse clinique.
Que ce soit à travers ce travail, en cours de DESC ou en simulations, c'est toujours un réel plaisir d'apprendre à tes côtés.

A Monsieur le Docteur Nicolas MARJANOVIC,

Sans toi ce travail n'aurait pas pu aboutir, je te remercie pour ton investissement et ton don à manier les chiffres.

Trugarez vras ker Nicolas.

A toi Florian,

Merci pour ton soutien sans faille depuis le début de cette aventure. Merci pour ton flegme et ta patience légendaire avec moi, parfois je ne sais pas comment tu fais. T'avoir à mes côtés est une réelle force. Je t'aime.

A ma sœur et mon frère,

Manou, merci pour ton enthousiasme permanent quand je te raconte mes aventures. Quel bonheur et fierté de te voir épanouie dans ta vie et de ton travail comme je le suis de mon côté.

Gwen, même si tu m'énerves autant que je t'aime, le quotidien sans toi serait vraiment triste. En plus d'un frère tu seras bientôt un confrère, j'en suis si fière.

Merci d'être là, merci d'être vous je vous aime.

A Papa, Agnès, Maud et Marlène,

Papa, merci de m'avoir offert depuis enfant les clés pour devenir celle que je suis. Merci de m'avoir appris la persévérance mais aussi l'espoir. L'espoir que si on continue de se battre, demain n'en sera que meilleur. Je te sais fier de moi aujourd'hui mais je le suis tout autant de toi.

Agnès, merci pour ton soutien quotidien, ta bienveillance et tes petits plats du dimanche.

Les filles, quel bonheur de s'être trouvées.

A Maman, Christophe et les filles,

Maman, j'ai oublié de te le dire des milliers de fois mais merci. Merci de m'avoir montré l'exemple. Un exemple de courage et d'optimisme indéfectibles. Merci de m'avoir permis de devenir la femme forte et indépendante que je suis aujourd'hui. Je t'aime maman.

Christophe, merci de ton soutien depuis toutes ces années, de tes coups de main pour le bricolage et la mécanique. Je suis heureuse que tu fasses partie de mon quotidien.

Sophie, Emilie et Julie, parce que nous sommes jamais assez de filles, jamais assez de sœurs.

A ma famille Tourangelle,

Merci de m'avoir si bien accueillie depuis 10 ans maintenant. Merci de m'avoir adoptée comme une fille, une sœur, une nièce, une petite-fille avec toute cette bienveillance.

A la famille Billaud,

Didier et Franciane, une écoute inébranlable et sans jugement, des heures de discussion et des dizaines de cafés. Merci de m'avoir aidée à trouver le chemin, à surmonter les obstacles, à grandir tout simplement. Merci d'avoir ouvert vos bras et offert vos rires et sourires, parce qu'ensemble on va plus loin.

Marion et Mathieu, bien plus que des amis, vous êtes réellement une sœur et un frère pour moi. Je sais que l'on veille les uns sur les autres et vous pouvez compter sur moi pour encore longtemps.

A ma Twirl'family,

Merci de votre soutien sans faille depuis maintenant presque 20 ans. Des rires, des pleurs, des cris, de la sueur, de la magie, des compromis, de la joie, du bonheur, des obstacles, du soutien, du partage, du pardon, des mains tendues, des câlins, des chansons… C'est ce qui fait une vraie famille, n'est-ce pas ?

A Laura,

A toi mon âme sœur, une page ne serait pas suffisante pour te dire ce que je souhaite mais tu en sais déjà beaucoup. Une rencontre tellement inattendue mais qui a tellement tout changé. Nos vies étaient déjà un peu tracées au moment de notre rencontre mais on a su jusqu'ici prendre tous les virages ensembles, parfois en binôme ou duo mais surtout en tandem. Car c'est sur le même vélo et non pas sur celui d'à côté que je souhaite avancer et t'avoir avec moi. Tout simplement merci d'être toi, merci d'être là. Je t'aime.

A Edouard,

Quelle rencontre ! Si j'avais su qu'en me faisant « retourner le cerveau » il y a presque 2 ans pour passer du côté obscur j'allais tomber sur toi… Tellement une évidence depuis, sans chichi, un regard et tout est dit. Vivement nos prochaines aventures !

A Marie,

Une chef bienveillante puis une référente DESC à l'écoute de tous et maintenant une véritable amie. Merci pour toutes ces étapes dans lesquelles tu m'accompagnes depuis le début de l'aventure. Merci pour ta sincérité, ton naturel, ton incroyable écoute et ta disponibilité quasi surnaturelle. Le grand saut approche et ce n'est pas sans appréhension, mais je sais que je peux compter sur toi et te remercie déjà tellement pour cela.

A Marjolaine, Giovanni, Sophie, Maxime, Julie et Lancelot

A vous mes amis de tous les instants. Même si nos chemins se croisent plus ponctuellement qu'avant je vous sais auprès de moi et je vous remercie de votre soutien. Merci pour vous ondes positives dans ces derniers instants. Et je vous dis déjà merci pour demain, car s'il y a des amitiés fidèles, ce sont bien les nôtres. Et encore bienvenue à Léonie, Juliette et très vite à deuxième bébé V.

A l'ensemble de mes co-internes d'aventure,

A Dorian, Marilou, Poonam, le premier semestre ne s'oublie jamais.

A ma Dream Team des urgences, il y aura vraiment eu un avant et un après. Une bande de grands malades qui ont littéralement changé le cours des évènements. Des rencontres magiques, des amitiés surprenantes (Charles je crois que tu restes la plus inattendue), des soirées improbables… Un tel semestre que pas beaucoup de personnes ont la chance de vivre je pense. Nous sommes vraiment des privilégiés sur ce coup là !

A Marie-Lise, Pierre et les collègues de cardio, un semestre net et sans bavure qui a fait du bien au corps et au cœur.

A Alexandre, Caro, Raph, Laure, Zak, Julien et Kiki, merci pour ce semestre qui paraissait insurmontable au départ. Merci du soutien, des coups de main, des coups de boost et des

câlins quotidiens qui ont fait de ce semestre un vrai lieu de rencontre. Et un spécial merci à Alex pour toutes tes connaissances que tu as su partager et de la confiance que tu as su m'apporter.

A la Team Pédia, Gaëlle, Loriane, Aline, Marine, Océane, Juliette, le trio JB Yas Clément, merci pour vos sourires et votre simplicité. Vous avez été une belle découverte.

A mes futurs co-chefs,
Julie, Erwan, Lorraine, Nicolas, Edouard, Maxime, Aurore, Roderick…et les autres. Merci de m'avoir si bien inspiré au moment le plus opportun. Merci de m'avoir guidé avec sincérité dans ce changement de direction et merci pour votre bienveillance. Hâte de partir à l'aventure avec vous.

A tous les médecins croisés et rencontrés,
Merci pour toutes ces expériences partagées, pour votre patience, pour votre sens exquis du détail clinique, pour votre transmission de savoir, pour m'avoir si bien inspirée.

Sophie, Alain, Samer, Fred, Angéline, Thibault, Gabi merci aussi pour vos moments de folies et votre sens affuté du second degré. Les journées prenaient parfois une autre tournure et les a rendues mémorables. Parce que c'est ça aussi être médecins.

A mes amis,
A Claire, Emilie, Caro présentes depuis le lycée. Merci pour votre enthousiasme et votre curiosité tout au long de mon parcours.

A Kevin, Greg et les copains de Nouaillé, même si on ne se voit plus aussi souvent qu'avant je vous sais soutenants et présents et vous en remercie.

A Marc-Alexandre, perdu de vue et récemment retrouvé. Merci pour ton soutien et ton amitié inconditionnels qui m'ont vraiment aidé et réconforté ces deux dernières années.

A Margaux, Mathilde, Aline, Virginie, Sonia, Isabelle, Gaëlle… qui sont bien plus que des co-bénévoles d'association. Vous êtes des femmes fortes et je suis fière d'être votre amie.

Et aux nouveaux amis, Mathias, MC, Clément, Mathilde, Pablo, les zozos…

PLAN DE THESE

GLOSSAIRE…….16

I – INTRODUCTION……..17

II – CONTEXTE DE L'ETUDE……...18

1. Contexte international……18
2. Contexte national……18
3. Contexte local……..19

III – OBJECTIFS DE L'ETUDE……..……21

IV – MATERIELS ET METHODES……...…22

1. Type d'étude…….22
2. Lieu et période de l'étude……..22
3. Population étudiée……...22
4. Recueil des données……23
5. Critères de jugement……...24
6. Analyses statistiques……...……..25
7. Ethique……...26

V – RESULTATS…….27

1. Population étudiée……...27
2. Critère de jugement principal……...29
3. Critères de jugement secondaires……30

4. Critère de jugement principal dans les sous-groupes « Urgences neurovasculaires », « SCA », « Traumatisé sévère » …….32

VI – DISCUSSION…….…….34

1. Rappels des principaux résultats……..34
2. Objectif principal de l'étude…….35
3. Objectifs secondaires……...……..36

VII – LIMITATION ET PERSPECTIVES……...…….40

1. Validité interne……...…….40
2. Validité externe……...…….41
3. Perspectives…….…….41

VIII – CONCLUSION…….43

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……..….44

ANNEXES…….47

RESUME……...…….49

SERMENT…….50

GLOSSAIRE

AS : Aide-soignant (e)

AVC : Accident vasculaire cérébral

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CIMU : Classification infirmière des malades des urgences

DP : Diagnostics principaux

EIQ : Ecart interquartile

IC : Intervalle de confiance

IDE : Infirmier (e) diplômé (e) d'état

RAD : Retour à domicile

SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

SC : Soins continus

SCA : Syndrome coronarien aigu

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SRLF : Société de réanimation de langue française

SI : Soins intensifs

SU : Service des urgences

UF : Unité fonctionnelle

UGA : Urgences générales adultes

UHCD : Unité d'hospitalisation courte durée

USSAR : Urgences SAMU SMUR anesthésie réanimation

I – INTRODUCTION

En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, les services d'urgence (SU) doivent faire face à un afflux croissant de patients. Les derniers chiffres nationaux officiels relèvent 10,1 millions de passages en 1996 contre près de 21 millions en 2016 (1).

Depuis 1996, la fréquentation des SU est toujours à la hausse avec en moyenne une augmentation des passages de 3,5 % par an tous secteurs confondus.
Les ressources matérielles et humaines disponibles ne permettent pas toujours d'absorber un tel flux, et les SU s'en retrouvent saturées. De nombreuses organisations de gestion de flux se sont mises en place depuis plusieurs années pour pallier à cette hausse constante et améliorer le délai et la qualité de prise en charge des patients (2).
La mise en place de filières, d'un médecin de coordination et d'orientation, de gestionnaires de lits « bed managers » ont fait partie des principales propositions.

Tout comme l'ensemble des différents secteurs des urgences, le service d'accueil des urgences vitales a dû s'adapter à ce flux en hausse.
Une proposition de mise en place d'une équipe médicale dédiée aux salles d'accueil des urgences vitales (SAUV) a été faite par le centre hospitalier universitaire de Poitiers et instaurée en décembre 2013.

Outre sa mission d'aide à la gestion du flux, la SAUV du CHU de Poitiers a pour but primaire de proposer aux patients les plus graves, qui ont des besoins très particuliers, l'accès à des soins individualisés et adaptés à leur situation d'urgence.

Cette adaptation avait pour but d'optimiser et de développer la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge urgente en y instaurant une équipe dédiée. Cette charge de travail étant jusqu'à présent, assurée par les équipes déjà en place.

Cette étude avait pour but d'évaluer l'impact de la mise en place d'une équipe médicale dédiée aux salles de SAUV du service des urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, sur les délais de prise en charge des patients concernés.

II – CONTEXTE DE L'ETUDE

1. Contexte international

L'augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est décrite comme un problème international (3) (4), dont l'origine semble être multifactorielle : augmentation des consultations non urgentes, insuffisance de ressources en personnels médical et paramédical, manque de lits d'hospitalisation …
Plusieurs études se sont intéressées à d'éventuelles pistes de restructuration et de réorganisation des moyens humains et matériels (5) (6).
Comme l'annonce Pines JM et al (4): « L'afflux croissant dans les salles d'urgences est devenu un problème de santé publique où les inadéquations de l'offre et de la demande dans la gestion des ressources des urgences et des hôpitaux entraînent de longs délais d'attente et des retards dans les prises en charge médicales ».

2. Contexte national

Tout comme à l'international plusieurs études françaises ont été menées dans le but d'identifier les facteurs pouvant aggraver et pérenniser cette surcharge croissante (7) (8) (9), ainsi que l'impact des réorganisations sur ces facteurs et la prise en charge globale des patients (10) (2) (11).

Les recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une SAUV publiées en 2003 précisent que même si « les urgences vitales ne constituent qu'une minorité des cas dans un service d'urgence, elles nécessitent une stratégie préétablie d'organisation des moyens humains et matériels » (12).
Selon les recommandations les principes directeurs d'une SAUV sont les suivants :

- La SAUV est ouverte 24 heures/24 ;
- La SAUV ne correspond ni à un lit de réanimation ni à un lieu d'hospitalisation ;
- La SAUV doit être libérée dès que possible ;
- La SAUV est polyvalente, médicochirurgicale.

La durée de prise en charge doit être la plus courte possible. Aussi, le médecin de la SAUV doit-il avoir un objectif, la prise en charge immédiate, continue et coordonnée du patient pour la remise en disponibilité rapide de la SAUV.
L'effectif de la SAUV dépend du flux de patients, mais doit être constitué au minimum d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), et d'un(e) aide-soignant(e) ou agent hospitalier, quels que soient l'heure et le jour de la semaine.

C'est avec ces objectifs que le CHU de Poitiers, dans le cadre d'un plan institutionnel d'amélioration du service des urgences adultes a œuvré pour restructurer son service (13).

3. Contexte local

En 2006, le service des urgences générales adultes du CHU de Poitiers a dénombré 42 294 passages. En 2017, il y a eu 48 964 passages soit un taux moyen d'accroissement annuel de 2,78 % sur les 11 dernières années (14) (15).
Sur le site du CHU de Poitiers, les quatre SAUV sont présentes au sein du service des urgences générales adultes depuis son inauguration en février 2006, suite à une restructuration architecturale complète.
C'est en décembre 2013 qu'une équipe médicale dédiée à la SAUV a été mise en place au CHU de Poitiers ; restructuration humaine au sein du service concomitante à la mise en place de la filière courte et de l'unité d'hospitalisation d'aval.
Conformément aux recommandations nationales (12) cette équipe est composée : d'un médecin, d'un(e) infirmier(e) (IDE), et d'un(e) aide-soignant(e) (AS) plus ou moins un interne en médecine.

Une étude nationale en 2013 regroupant les données de 32 structures hospitalières dont 29 CHU a fait un point sur l'état des pratiques des structures de SAUV (16). Le CHU de Poitiers fait partie des 65 % de centres hospitaliers à avoir ses salles de SAUV au sein même du SU. Il fait également partie des 42 % de structures à avoir une gestion de ces salles par les médecins urgentistes, contrairement à d'autres centres où la SAUV est gérée par les anesthésistes-réanimateurs exclusivement.

3.1 Fonctionnement de la SAUV

Avant la mise en place de cette équipe, c'était à une équipe (médecin + IDE + AS) en poste dans les box de se déplacer en SAUV pour y prendre en charge les patients concernés.
Devant cette duplicité de lieu et de missions pour une même équipe, les patients en état d'urgence vitale étaient pris en charge en box pour une meilleure proximité, la SAUV n'étant alors ouverte qu'en cas d'absolue nécessité.

Depuis 2013, une équipe médicale est présente en permanence dans les quatre SAUV :

- La journée, un médecin avec un(e) IDE et un(e) AS sont présents de 10 heures à 22 heures les jours de semaine et de 8h30 à 18h30 les week-end et jours fériés.
- La nuit, le médecin responsable des quatre SAUV est également en poste sur une ligne de box. En revanche il y a un(e) IDE et un(e) AS dédiés uniquement à ces salles.

3.2 Activités de la SAUV

« L'admission dans une SAUV concerne tous les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle » selon les recommandations de 2003 (12).

Un des objectifs majeurs de la SAUV du CHU de Poitiers est de pérenniser sa position de « Trauma Center » (17) (18) de l'ancienne région Poitou-Charentes, ses relations avec les centres régionaux ainsi que celles avec les centre de références voisins.
En 2017, 564 entrées pour le « Trauma Center » ont été faites (15).
Un autre objectif de prise de charge en SAUV est le « Fast track » vital aussi appelé la filière courte d'urgences vitales (19) (20) (21). Les patients pris en charge sont ceux, par exemple, devant bénéficier d'une antalgie efficace et rapide dans le cadre d'une fracture du col de fémur, d'une luxation d'épaule ou d'une colique néphrétique.
Les patients se présentant aux urgences pour une urgence neuro-vasculaire sont également pris en charge en SAUV dans la filière « AVC » (22) (23) gérée en collaboration avec le service de neurologie, de neurochirurgie, de radiologie interventionnelle, de réanimations médicale et neurochirurgicale (24).

III – OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la mise en place d'une équipe médicale dédiée sur le temps de prise en charge médicale des patients au sein des salles d'accueil des urgences vitales du service des urgences adulte du centre hospitalier universitaire de Poitiers.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient :

- d'évaluer l'impact de cette mise en place sur le délai total de passage à la SAUV
- d'évaluer l'impact de cette mise en place sur le temps avant le premier contact médical
- d'étudier l'orientation des patients en sortie de SAUV
- d'étudier l'évolution des pathologies prises en charge
- d'évaluer l'impact de cette mise en place sur les délais de prises en charge de pathologies dont le facteur temps est déterminant (SCA, urgence neurovasculaire, traumatisé sévère).

IV – MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

L'étude est rétrospective, observationnelle, comparative et monocentrique.

2. Lieu et période de l'étude

Cette étude a été réalisée au SU adulte du CHU de Poitiers.

Le recueil de données s'est fait sur deux périodes :

- La première période allant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2013 correspondant à une période avant la mise en place de l'équipe médicale dédiée à la SAUV.
- La seconde période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2017.

3. Population étudiée

3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de la population étudiée étaient :

- Toute admission à la SAUV
- Sans critère d'âge
- Patients admis aux heures de présence de l'équipe dédiée SAUV : de 10 heures à 22 heures du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30 les week-ends et jours fériés.

3.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient les patients admis en dehors des heures de présence de l'équipe dédiée.

3.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Les dossiers en doublons
- Les dossiers fictifs correspondant à des tests informatiques.

4. Recueil des données

Pour cette étude les patients ont été inclus via le logiciel « ResUrgences® » (Société Intuitive, Groupe Berger Levrault, France) et les données ont été collectées en collaboration avec un contrôleur de gestion du pôle USSAR du CHU de Poitiers.
Les données ont été sélectionnées en utilisant les critères suivants :

UF 1901 (Secteur d'accueil des urgences vitales)

Dates correspondant aux périodes d'inclusion.

Les données ont ensuite été extraites manuellement par un investigateur.

Les données extraites étaient :

Code dossier

Informations administratives (âge, sexe)

Informations du passage / Date et heure d'arrivée

Informations du passage / Date et heure début de prise en charge médicale

Informations du passage / Date et heure décision médicale

Informations du passage / Date et heure de sortie

Orientation / type d'orientation

Diagnostic / Code CCMU

Diagnostic / diagnostic principal / intitulé

Diagnostic / diagnostic principal / code CIM 10

Les données ont été extraites de manière anonyme sur un fichier Excel® (Microsoft, Redmond, Etats-Unis).

5. Critères de jugement

5.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le délai de prise en charge médicale du patient (délai dit T2), obtenu de la façon suivante :
T2 = (Informations du passage / Date et heure décision médicale) – (Informations du passage / Date et heure d'arrivée)

Ce délai correspond au temps de prise en charge médicale par le médecin urgentiste responsable de la SAUV, de son enregistrement administratif à l'accueil des urgences à la décision d'orientation du patient.
L'étude cherchant à montrer l'impact de la mise en place de l'équipe médicale dédiée, ce délai a été retenu comme critère de jugement principal car représentatif du temps d'action de l'équipe auprès du patient.

5.2 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :
Le délai jusqu'au premier contact médical (délai dit T1) (25) :
T1 = (Informations du passage / Date et heure début de prise en charge médicale) – (Informations du passage / Date et heure d'arrivée)

Le délai total de prise en charge (délai dit T3), de l'entrée du patient à sa sortie de la SAUV :
T3 = (Informations du passage / Date et heure de sortie) – (Informations du passage / Date et heure d'arrivée)

Concernant les diagnostics principaux :
Afin d'obtenir plus de clarté dans l'analyse des diagnostics principaux (DP) il a été retenu les données selon le thésaurus de la classification CIM 10.

Concernant les orientations principales :

L'utilisation de filtres avancés a permis de catégoriser les principales orientations en sept groupes : hospitalisation conventionnelle, unité d'hospitalisation courte durée (UHCD), soins intensifs / continus / réanimations, retour à domicile, urgences cardiologiques, divers (consultations spécialisées principalement), décès.

L'utilisation de filtres avancés nous a permis de faire des focus sur les pathologies suivantes : « Syndrome coronarien aigu (SCA) », « urgences neurovasculaires », « traumatisé sévère».

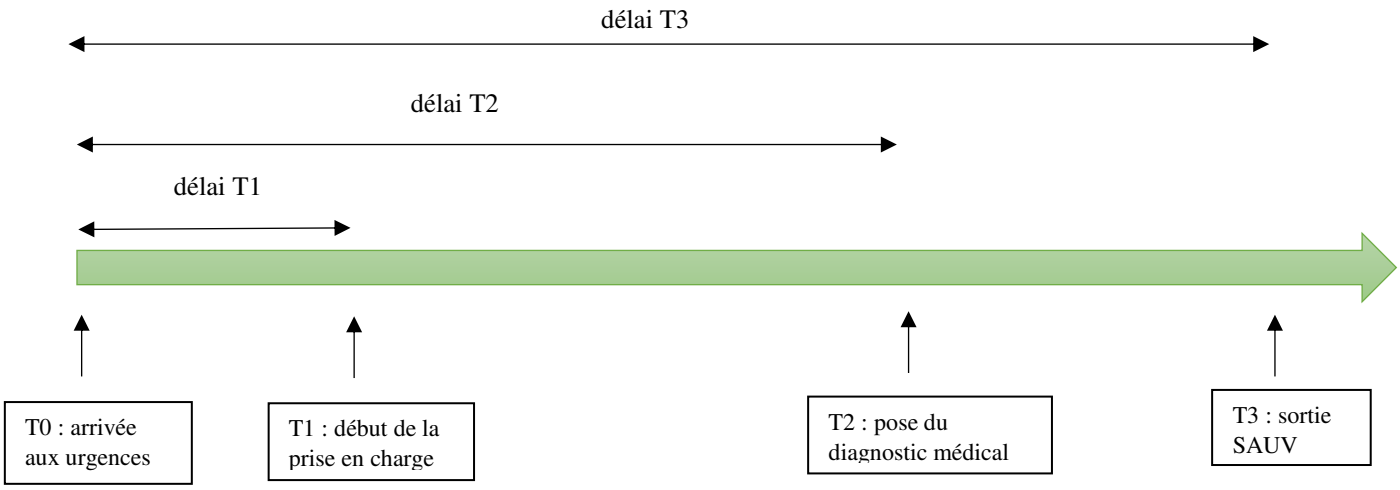


Figure 1 : Schéma modélisant les différents délais de l'étude selon les étapes de prise en charge des patients sélectionnés.

6. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type; les variables qualitatives par leur nombre et le pourcentage correspondant.

Une première analyse univariée a été réalisée afin de comparer les deux populations étudiées. Pour cette analyse les données qualitatives ont été comparées grâce au test de CHI^2, les données quantitatives grâce au test « t » de Student.

Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative.

Une analyse multivariée a été réalisée pour les facteurs statistiquement significatifs en analyse univariée.

Les analyses ont été réalisées grâce au logiciel SPSS 23.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

7. Ethique

Cette étude, purement observationnelle, n'a impliqué aucune intervention directe auprès des patients. Les données recueillies ont été anonymisées avant d'être analysées.
Nous n'avons donc pas retenu la nécessité de recueillir l'accord du Comité d' Ethique.

V – RESULTATS

1. Population étudiée

Après le recueil de données, 9 601 dossiers ont été analysés : 621 passages ont été retenus sur la première période et 8 980 sur la seconde période.
L'analyse des données révèle une augmentation globale de la fréquentation du secteur SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers durant les périodes étudiées.
(Figure 2)

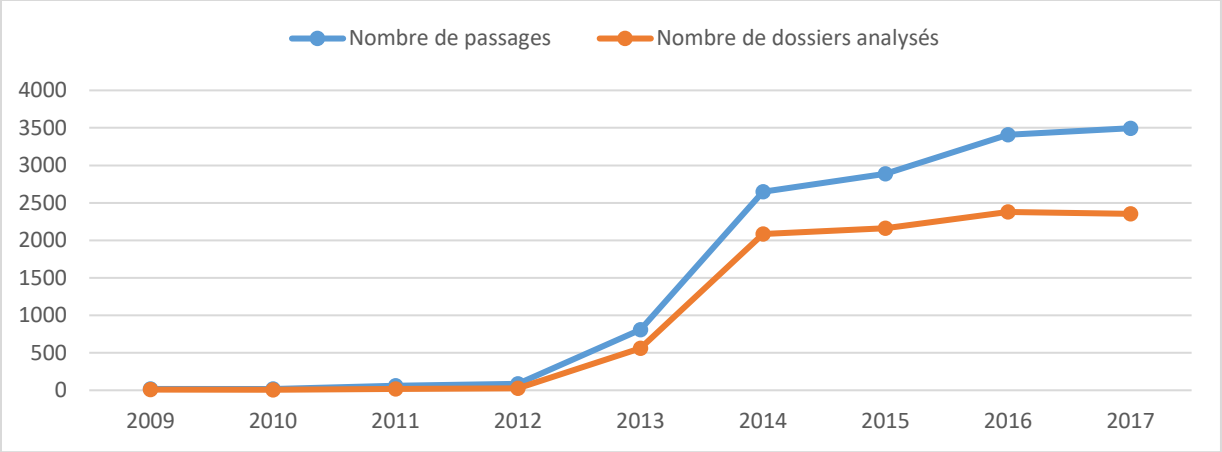


Figure 2 : Evolution annuelle de la fréquentation au sein des salles de SAUV au service des urgences adultes du CHU de Poitiers et du nombre de dossiers analysés sur la période s'étendant du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2017.

Sur chacune des deux périodes les patients pris en charge à la SAUV représentent respectivement 0,5 % et 6,8 % de l'ensemble des passages aux urgences, soit une moyenne de 0,6 patient par jour sur la première période et 8,5 patients par jour sur la seconde.

Le sexe ratio est de 1,78 sur la période avant la mise en place de l'équipe médicale dédiée et de 1,36 sur la période après la mise en place.

Les principales caractéristiques des populations étudiées sont présentées dans le *Tableau I.*

Tableau I : Principales caractéristiques des populations étudiées en analyse univariée

	Avant, n=621	**Après, n=8980**	**p**
Age médian	57	58	
Age moyen [IC 95]	55,28 [53,84 – 57,02]	56,51 [56,04 – 56,98]	0,191
Hommes, n(%)	398 (64,09)	5176 (57,64)	**0,002**
0 - 25 ans, %	8,37	6,9	
26 - 65 ans, %	33,66	30,08	
> 65 ans, %	22,06	20,66	
Femmes, n (%)	223 (35,91)	3804 (42,36)	**0,002**
0 - 25 ans, %	4,99	5,69	
26 - 65 ans, %	15,78	18,56	
> 65 ans, %	15,14	18,11	
CCMU, n (%)			**< 0,001**
I	2 (0,32)	78 (0,87)	
II	66 (10,63)	2855 (31,79)	
III	213 (34,30)	3660 (40,76)	
IV	140 (22,54)	1447 (16,11)	
V	200 (32,21)	940 (10,47)	
Décès, n (%)	6 (0,97)	75 (0,84)	0,72
Taux d'hospitalisation, n (%)	579 (93,24)	7518 (83,72)	2,78

CCMU = Classification Clinique des Malades aux Urgences - échelle de cotation employée par les médecins lors de la clôture des dossiers (26) *(Annexe 1)*

2. Critère de jugement principal

Respectivement sur les 621 et 8980 dossiers pris en charge à la SAUV, le délai T2 était renseigné dans 81 % et 87,3 % des dossiers analysés.

Tableau II : Délai de prise en charge des patients (délai T2) avant et après la mise en place de l'équipe dédiée à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers sur la période étudiée.

	Temps moyen [IC 95]	Temps médian	Ecart interquartile	p
Avant, n=621	153 [142 - 164]	115	150	**< 10^6**
Après, n=8980	174 [172 - 177]	149	146	

Temps moyen, médian et écart interquartile exprimés en minutes.

L'analyse en univariée a révélé que la période, le sexe, l'âge et le DP CIM 10 étaient statistiquement significatifs. Ces résultats sont confirmés par l'analyse multivariée (*tableau III*)

Tableau III : Analyse multivariée des variables démographiques principales sur le critère de jugement principal, délai T2.

	Odd-Ratio	p	IC 95
Période	3,508	**0,00045**	[9,291 - 32,824]
Sexe	1,845	**0,06512**	[-0,336 - 11,055]
Age	6,967	**< 10^6**	[0,327 - 0,583]
DP CIM 10	-1,975	**0,04829**	[-1,136 - -0,004]

La période, l'âge et la classification CIM 10 sont indépendamment liés au critère de jugement principal.

3. Critères de jugement secondaires

Les principales données pour les critères de jugement secondaires sont résumées dans le *Tableau IV.*

Tableau IV : Délai de premier contact médical (délai T1) et délai total de prise en charge des patients (délai T3) avant et après la mise en place de l'équipe dédiée à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers sur la période étudiée.

		Avant, n=621	**Après, n=8980**	**p**
délai T1	**Temps moyen [IC 95]**	50 [41 - 59]	37 [36 - 38]	**0,043**
	Temps médian	23	22	
	Ecart interquartile	43	34	
délai T3	**Temps moyen [IC 95]**	248 [231 - 264]	265 [261 - 268]	**$<10^6$**
	Temps médian	194	232	
	Ecart interquartile	194	192	

Temps moyen, médian et écart interquartile exprimés en minutes.

Une diminution significative du délai de premier contact médical T1 de 13 minutes est observée.

Le délai T1 était renseigné dans 90,5 % des dossiers analysés sur la première période et dans 98,4 % des dossiers analysés sur la deuxième.
Le délai T3 était renseigné dans 100 % des dossiers analysés que ce soit sur la première ou la seconde période, le délai T3 permettant de clôturer les dossiers.

L'analyse révèle une augmentation significative de retour à domicile et d'hospitalisation conventionnelle pour la seconde période étudiée, ainsi qu'une diminution significative d'orientation en soins intensifs, continus ou réanimations. *Figure 3*

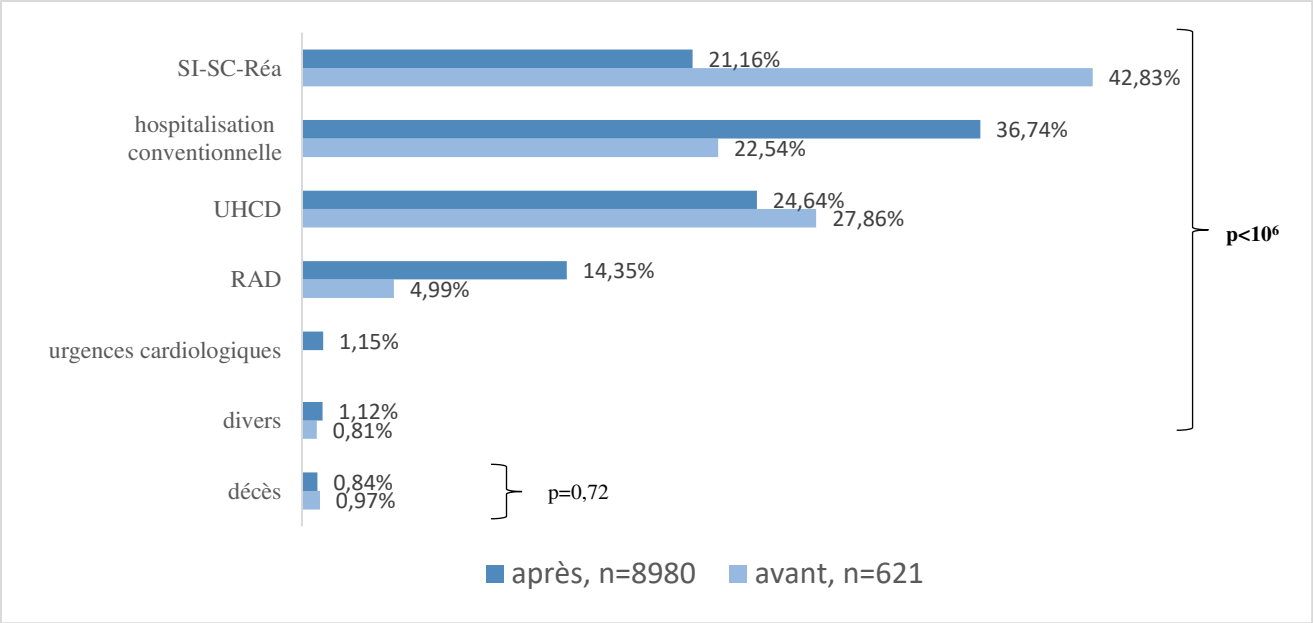


Figure 3 : Principales orientations des patients pris en charge à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers aux heures de présence de l'équipe médicale, sur la période étudiée.

Les principaux cadres nosologiques sont décrits dans la *figure 4*.

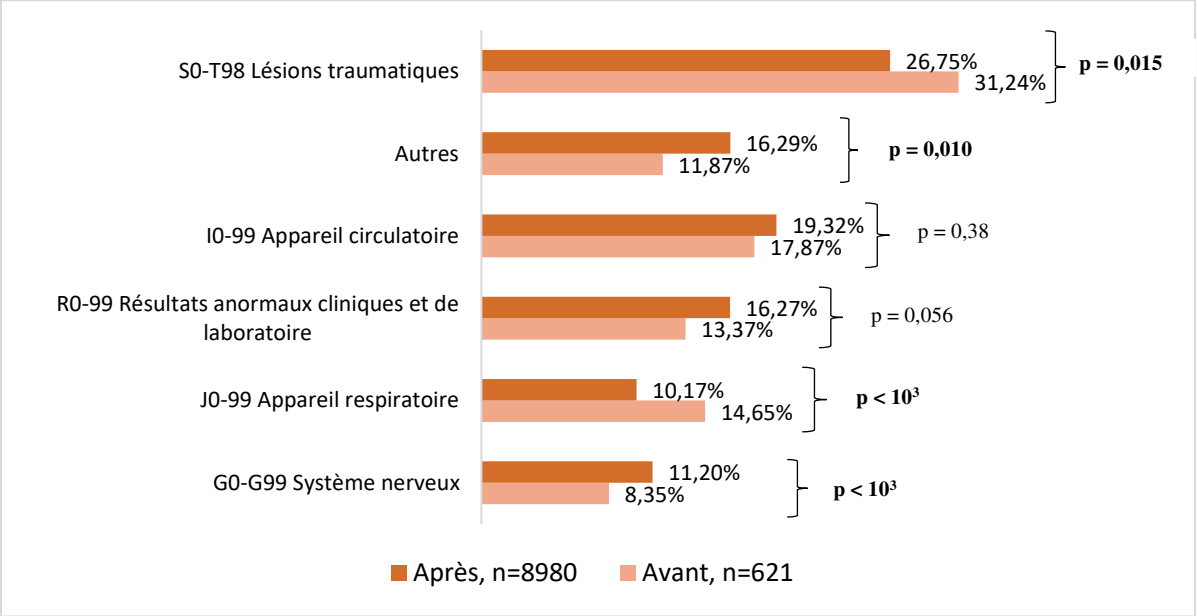


Figure 4 : Principaux cadres nosologiques selon CIM 10 des patients pris en charge à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers aux heures de présence de l'équipe médicale, sur la période étudiée.

Les résultats sont en faveur d'une diminution en proportion des pathologies traumatiques sévères en faveur notamment des pathologies autres et neurologiques. Dans ces pathologies autres se retrouvent notamment les pathologies traumatiques légères à nécessité d'antalgie rapide.

4. Critère de jugement principal dans les sous-groupes « Urgences neurovasculaires », « SCA », « Traumatisé sévère ».

Le délai T2 dans les sous-groupes de populations « urgences neurovasculaires », « SCA » et « traumatisé sévère » sont résumés respectivement dans les *tableaux V, VI et VII.*

A noter un nombre insuffisant de patients dans le sous-groupe « SCA » pour la période avant la mise de l'équipe médicale pour pouvoir calculer le délai T2. Les patients présentant un syndrome douloureux thoracique étaient très majoritairement pris en charge en box.

Tableau V : Délai T2 avant et après la mise en place de l'équipe dédiée à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers sur la période étudiée pour le sous-groupe « urgences neurovasculaires ».

Délai T2 « urgences neurovasculaires »			p
	Avant	Après	
temps moyen [IC 95]	120 [94,41 – 145,49]	135 [128,04 – 141,04]	0,301
temps médian	96	111	
EIQ	123	111	

Temps moyen, temps médian, espace interquartile exprimés en minutes

Les populations « urgences neurovasculaires » représentent respectivement 6 % (37 patients) et 10 % (861 patients) de la population totale pris en charge à la SAUV dans chacune des périodes étudiées. Cette nette hausse de patients entre les deux périodes peut s'expliquer en partie par la mise en place d'une filière « AVC » à la SAUV en collaboration avec les neuro-spécialistes sur les dernières années.

Tableau VI: Délai T2 avant et après la mise en place de l'équipe dédiée à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers sur la période étudiée pour le sous-groupe « SCA».

Délai T2 « SCA »	
	Après
temps moyen [IC 95]	85 [65,75 – 104,65]
temps médian	54
EIQ	92

Temps moyen, temps médian, espace interquartile exprimés en minutes

La population « SCA » concerne 50 patients dans cette analyse, soit 0,6 % de la population globale. Les urgences cardiologiques et ses soins intensifs de cardiologie sur le site du CHU de Poitiers permettent une orientation spécialisée précoce des patients dès le pré-hospitalier.

Tableau VII : Délai T2 avant et après la mise en place de l'équipe dédiée à la SAUV des urgences adultes du CHU de Poitiers sur la période étudiée pour le sous-groupe « traumatisé sévère».

Délai T2 « traumatisé sévère »			p
	Avant	Après	
temps moyen [IC 95]	130 [91,72 – 168,28]	155 [144,39 – 165,61]	0,268
temps médian	90	130	
EIQ	78,5	119,5	

Temps moyen, temps médian, espace interquartile exprimés en minutes

Les patients retenus dans le sous-groupe « Traumatisé sévère » représentent 5,6 % (65 patients) de la population globale prise en charge à la SAUV avant la mise en place de l'équipe et 8 % (479 patients) après sa mise en place.

VI – DISCUSSION

Les études réalisées précédemment dans les autres centres sont pour la majorité très courtes, sur quelques semaines et aucune ne fait de comparatif avec une éventuelle période antérieure.

1. Rappel des principaux résultats.

Dans cette étude l'âge moyen des patients pris en charge avant la mise en place de l'équipe médicale à la SAUV est de 55,3 ans. Pour la seconde période l'âge moyen est de 56,5 ans.
Dans la littérature, les études françaises ayant analysé une population prise en charge à la SAUV retrouvent pour la plupart une population un plus âgée : Metz en 2006 64,8 ans (27), Angers en 2015 61,9 ans (28) et Pau un âge moyen de 71,2 ans (29).

La population est plus jeune que dans la littérature, cette différence peut s'expliquer par l'activité « Trauma Center » de la SAUV du CHU de Poitiers qui prend en charge notamment une proportion importante d'accidents de la voie publique (30).

Sur les deux périodes analysées la population d'étude est significativement masculine avec respectivement pour chaque période un sex-ratio de 1,78 et 1,36. Cette population à prédominance masculine se retrouve également dans la littérature : 1,18 au CHU d'Angers (28), 1,40 au CH de Pau (29), 1,56 au CH de Metz (27).

L'étude retrouve des résultats comparables (31) (32) concernant les CCMU 2 et 3 avec respectivement pour les deux périodes étudiées : 11 % de CCMU 2, 34 % de CCMU 3 et 32 % de CCMU 2, 41 % de CCMU 3 pour la seconde période.

En revanche l'analyse montre une proportion plus importante des CCMU 4 et 5, possiblement expliquée en partie par la position de « Trauma Center » du CHU de Poitiers avec une prise en charge de patients classés CCMU 4 à la hauteur de 22 % et CCMU 5 à 32 % pour la période précédant la mise en place de l'équipe médicale. Pour la période suivant sa mise en place il est retrouvé une population classée à 16 % CCMU 4 et à 11 % CCMU 5.

Le taux de décès observé dans l'analyse est de 0,97 % et 0,84 % pour chacune des deux périodes. L'étude s'est intéressée aux décès ayant eu lieu uniquement à la SAUV.
Dans la littérature la plupart des études ajoutent les décès survenus en UHCD lorsque les patients de la SAUV y ont été orientés secondairement. Ces études retrouvent une proportion plus élevée de décès allant de 1 % au CH de Montauban (31) à 4.4 % au CH de Metz (27).

2. Objectif principal de l'étude.

Le critère de jugement principal de l'analyse était pour rappel le délai T2 qui représente le délai entre l'arrivée aux urgences du patient, son entrée administrative sur le logiciel ResUrgences® et la pose du diagnostic médical avec l'équipe médicale.
Cette pose de diagnostic peut être faite dès que le sénior et/ou interne a fini sa prise en charge initiale auprès du patient ou plus tard dans la prise en charge pendant la surveillance ou avant sa sortie de la SAUV.

Avant la mise en place de l'équipe médicale à la SAUV du CHU Poitiers, le délai de prise en charge tel que défini dans l'étude était de 153 minutes. Après la mise en place de l'équipe les patients entrant à la SAUV étaient pris en charge en 174 minutes en moyenne.
Avec des organisations locales différentes sur le plan humain et matériel, on retrouve dans la littérature des délais variables : 155 minutes au CH de Montauban (31), 123 minutes au CH de Metz (27), 160 minutes au CH de Toulon, 265 minutes au CHU de Clermont-Ferrand.
Dans la littérature la majorité des études parle de temps moyen de prise en charge mais n'en précise pas le détail, rendant une comparaison plus fine compliquée.

Cette étude n'a pas révélé de diminution du délai de prise en charge entre les deux périodes tel que nous l'avions défini (*Tableau II*) mais semble être comparable à ce qui est retrouvé dans d'autres études.

Cette augmentation du temps moyen de passage n'était pas attendue. Ce résultat pourrait s'expliquer notamment par cette nette différence du nombre de patients pris en charge entre les deux périodes.
Sur la période avant la mise en place de l'équipe, le nombre de patient est faible. En effet à cette période un certain nombre de patients graves étaient pris en charge en box, pour éviter à l'équipe

médicale de quitter leur secteur de prise en charge, et donc de priver tout un secteur, de son médecin et de son équipe para médicale.

La période après la mise en place est donc plus importante en nombre, mais aussi en diversité de pathologies.
Cette hausse de patients sur la période après la mise en place de l'équipe a pour conséquence d'augmenter le nombre de patients, graves ou à fort potentiel de s'aggraver, par médecin à un instant « t » (33). Lorsque toute la SAUV est occupée ce sont quatre patients graves qui sont pris en charge en même temps par une seule équipe soignante.

Cette augmentation des temps de passage sur la SAUV est à relativiser.
Sur la seconde période plus de patients sont pris en charge à la SAUV pour un panel de pathologies plus éclectiques qu'avant ce qui permet d'absorber une certaine proportion de patients destinés précédemment aux box, et donc de participer activement à la gestion générale du flux de patients du service des urgences.

3. Objectifs secondaires de l'étude.

L'étude montre une amélioration significative du délai T1 moyen de prise en charge de 13 minutes entre les deux périodes : 50 minutes « avant » et 37 minutes pour la période « après » (*Tableau IV*). Ce délai paraît moins soumis à la labilité de tenue du dossier informatique dans les étapes de prise en charge des patients, et souligne que les patients les plus graves et nécessiteux sont pris en charge plus rapidement depuis la mise en place de l'équipe dédiée.

L'étude réalisée au CH de Pau en 2014 (29) a retrouvé, à critères de définition identiques, un temps de prise en charge comparable avec un délai moyen de 38 minutes.

Les patients sont plus rapidement en contact avec le médecin responsable de la SAUV. Ils sont significativement plus vite évalués, leur gravité plus vite identifiée et les moyens diagnostiques et thérapeutiques initiés plus précocement.

Concernant le délai T3 de l'étude, le temps total moyen de prise en charge à la SAUV était de 248 minutes pour la période « avant » et 265 minutes pour la période après.

Tout comme pour le délai T2, la nette hausse du nombre de patients passant par la SAUV sur la seconde période impacte toutes les étapes de la prise en charge et semble pouvoir contribuer à un délai un peu long.
Le taux d'hospitalisation conventionnelle passe de 23 % à 33 %, la sortie de la SAUV de ces patients est directement liée au taux d'occupation des services médico-chirurgicaux de l'hôpital (33) (34). Selon la disponibilité des lits en aval de la SAUV, le temps de sortie des patients de la SAUV peut être plus ou moins tardif et le délai global de prise en charge s'en voit augmenté.

Le profil des orientations en sortie de SAUV a significativement évolué entre les deux périodes : le retour à domicile est passé de 5 % à 14 %, l'orientation en réanimations de 43 % à 21 %, l'hospitalisation conventionnelle de 23 % à 37 %.
La répartition des principales orientations à la sortie de la SAUV dans quatre études françaises est résumée en *annexe 2*.
L'hospitalisation en réanimations va de 10 % à Montauban à 35 % à Angers. Le retour à domicile de 11 % à Metz à 29 % à Angers. L'orientation UHCD de 10 % à Montauban à 31 % à Metz. Le taux d'hospitalisation conventionnelle est homogène dans les quatre études allant de 30 % à 39 %.
Cette analyse est avec celle d'Angers, les deux études proposant les taux les plus importants d'orientation en réanimations. Ce sont également les deux seules études parmi celles citées ayant eu lieu dans un centre hospitalier universitaire avec des centres de références spécialisés comme le « Trauma Center » ou la réanimation neurochirurgicale.

Dans l'étude il y a significativement un pourcentage plus important de patients rentrant à domicile à l'issue de leur passage à la SAUV sur la seconde période étudiée. La diversification des pathologies prises en charge avec notamment les urgences antalgiques (« Fast track » vital) peut participer de cette évolution d'orientation post-SAUV.
Cette diversification de pathologies peut également contribuer à l'augmentation significative du pourcentage d'hospitalisation conventionnelle.

Ces deux augmentations significatives font le parallèle avec une diminution significative en pourcentage de patients allant en services de réanimation en sortie de SAUV. Avant de la mise en place de l'équipe dédiée, la population prise en charge à la SAUV était quasi exclusivement représentée par des patients défaillants. Leurs orientations vers les services de réanimations

étaient faites rapidement une fois la prise en charge initiale démarrée et les patients sortaient tôt de la SAUV.
Avec la pluralité des pathologies rencontrées et prises en charge à partir de la seconde période, la population défaillante à orientation réanimatrice est toujours présente et prise en charge rapidement mais sa proportion au sein de la population globale s'est lissée.

La proportion des principales pathologies suspectées a évolué de façon significative entre la période « avant » et la période « après » : diminution des pathologies traumatiques de 31 % à 27 % et des pathologies respiratoires de 15 à 10 %. Augmentation des pathologies « autres » de 12 % à 16 % et des pathologies neurologiques de 8 % à 11 % (*Figure 4*).
L'*annexe 3* résume les principaux cadres nosologiques suspectés dans les populations prises en charge à la SAUV dans les quatre études françaises précédemment citées.
Les pathologies traumatologiques vont de 4 % à Metz à 16 % à Angers. Les défaillances neurologiques de 15 % à Metz à 29 % à Angers. Les défaillances respiratoires de 10 % à Angers à 27 % à Pau et les défaillances cardiovasculaires de 13 % à Montauban à 34 % à Metz.

Avec celle d'Angers, la population de cette étude présente des proportions plus importantes de pathologies traumatiques à la hauteur de 25 % soit quasiment un patient sur quatre pris en charge pour de la traumatologie. L'activité traumatologique est plus élevée que dans les autres centres du fait de leur référence en tant que « Trauma Center ».

Dans l'analyse proposée il y a significativement plus de patients pris en charge pour des pathologies autres qui regroupent notamment les troubles métaboliques, les pathologies musculo-tendineuses, les intoxications médicamenteuses. Ce sont des pathologies où pour certaines les patients ne présentent pas de défaillance vitale mais présentent des urgences antalgiques ou de surveillance. Les patients correspondant à ce type de pathologies étaient avant la mise en place de l'équipe pris en charge dans la filière médico-chirurgicale de box classique.

Il y a également une hausse de prise en charge de pathologies neurologiques. Avec la politique nationale « Plan AVC » depuis 2010 (22) et le développement de la filière « Alerte fibrinolyse » à la SAUV en collaboration étroite avec les neuro-spécialistes, de nombreux patients se présentant avec déficit neurologique sont rapidement pris en charge à la SAUV pour un délai optimal en cas de fibrinolyse. Ce sont ces mêmes patients qui dans la population antérieure à la mise en charge de l'équipe à la SAUV étaient pris en charge dans la voie classique de box.

La proportion de patients pris en charge pour des pathologies classées respiratoires a significativement diminué entre les deux périodes bien que restant corrélée aux données de la littérature. Des pathologies comme la dyspnée sur œdème aigue du poumon ou la dyspnée chez l'insuffisant cardiaque connu initialement pris en charge aux urgences générales adultes ont progressivement été orientées vers le pôle Cardiologie.

Les sous-populations « Urgences Neurovasculaires » et « Traumatisé sévère » ont respectivement un temps moyen de prise en charge pour la première période étudiée : de 120 minutes et 130 minutes. Pour la deuxième période les temps moyens de ces deux sous-groupes étaient de 135 minutes et de 155 minutes.
La comparaison avec le délai moyen de prise en charge dans la population globale de l'étude (153 minutes pour la période « avant » et 174 minutes pour « après »), montre une nette tendance à une prise en charge rapide.
Cette prise en charge plus rapide que dans la population globale de l'étude peut être directement corrélée au fait que les patients présents dans ces deux sous-groupes présentent des défaillances organiques évidentes au premier plan ; prise en charge plus rapide malgré la nécessité de techniquer les patients dans l'urgence, d'avoir pour la plupart une imagerie adéquate et d'attendre une prise en charge en plateaux techniques spécialisés tels que le bloc d'urgence chirurgical ou la radio-embolisation.
Même si les résultats de ces deux sous-groupes ne sont pas significatifs, les tendances obtenues paraissent tout à fait acceptables et intéressantes.

VII – LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

1. Validité interne.

Le recueil des données a été réalisé de manière rétrospective, responsable d'un biais d'information. Ces données, relevées grâce au logiciel médical hospitalier, ne peuvent être parfaitement fidèles à la réalité car dépendent de la gestion informatique du dossier du patient au sein du service.
L'étude étant monocentrique elle est difficilement extrapolable à d'autres centres ce qui diminue sa représentativité.

Le système de fonctionnement de la SAUV avant la mise en place de l'équipe dédiée a très probablement créé un premier biais de sélection. En effet pour cette étude seules les données des patients avec le code UF 1901 ont été recueillies. Par conséquent les patients étiquetés SAUV pris en charge en box n'ont pas été inclus dans notre étude et ont minoré le nombre de patients dans la population « avant ».
Un second biais de sélection est celui concernant les données recueillies des patients pris en charge à la SAUV mais ne répondant pas aux critères d'admissions selon les recommandations de 2004 (12). Même si ces patients remplissent d'autres conditions justifiant leur prise en charge à la SAUV c'est un biais qu'il ne faut pas omettre.

La gestion du dossier informatique du patient est soumise à la rigueur du corps médical qui en a la charge. L'ensemble des données recueillies étant soumise à la gestion du dossier notamment dans le recueil des temps à chaque étape de la prise en charge, il est possible d'identifier un biais de traitement.

Le taux d'occupation de l'hôpital est un facteur influençant les délais de prise en charge notamment pour les patients sortant en hospitalisation conventionnelle : quand l'aval pose problème, les urgences sont saturées. Les données relatives à ce sujet n'ont pas été recueillies (34) (35) (36), néanmoins ce biais n'est censé impacter que le temps T3.

2. Validité externe

La population de cette étude est dans un certain nombre de points comparable aux données de la littérature.
Les critères d'inclusion et de non inclusion étant larges, favorisent la sélection d'une population peu choisie, ce qui renforce la validité externe de cette étude.
Cette étude semble donc présenter une certaine reproductibilité.

Tout comme dans les données de la littérature, certains résultats de cette analyse sont significativement représentatifs et montrent une certaine homogénéité avec celles-ci.

La mise en place de l'équipe médicale dédiée à la SAUV a fait suite aux recommandations nationales proposées par la SFAR-SLRF-SFMU et en suit ses directives, ce qui renforce sa cohérence externe.

3. Perspectives

Certaines études retrouvées dans la littérature traitant de la population des urgences et plus précisément de la population « d'urgence vitale » se sont intéressées à des données non retenues dans cette étude.

Certaines se rapprochent de cette étude en continuant de s'intéresser au temps de passage à la SAUV mais pour des populations bien précises.
L'étude réalisée au CH de Metz en 2008 (27), a calculé le temps de prise en charge moyen à la SAUV pour les populations classées CCMU 3,4 et 5. Ce délai de prise en charge était de 188 minutes.
L'étude réalisée sur l'année 2015 à Angers (28) s'est intéressée au délai moyen de prise en charge chez les patients orientés « Réanimation » à la sortie de la SAUV. Ce délai moyen est de 276 minutes.
Une étude prospective sur ces deux types de population à la SAUV du CHU de Poitiers semble envisageable. Sa réalisation de manière prospective permettrait un niveau de preuve plus élevé.

Deux études internationales (37) (38) ont traité de la relation entre le temps de séjour aux urgences des patients identifiés « graves », la mortalité hospitalière au décours et la durée de séjour hospitalière. Ce sont des données non retenues dans cette étude mais qui paraissent intéressantes. Notamment l'étude de Chalfin DB et al. (38) a significativement montré qu'un délai de transfert retardé à la 6ième heure augmentait le taux de mortalité et la durée hospitalière de séjour. Avec dans cette analyse un délai moyen total de prise en charge avant sortie de SAUV de 265 minutes soit 4h25 pour la seconde période de l'étude. Relever les données correspondant à la mortalité hospitalière et la durée de séjour des patients pourrait être intéressant.

Les études sur la séniorisation des prises en charge aux urgences (38) a montré que les dossiers de patients gérés uniquement par des séniors donnaient lieu à moins d'examens complémentaires et affectait donc le temps de passage de ces patients. Il pourrait être intéressant de voir si dans la population SAUV le temps moyen de prise en charge se trouve significativement modifié par la prise en charge sénior seul ou par le duo interne/sénior.

Enfin, une dernière piste d'étude complémentaire pourrait concerner la population SAUV selon « l'équipe jour » / « l'équipe de garde » ou encore « prise en charge SAUV semaine » / « prise en charge SAUV week-end ». L'étude de Walker AS et al. (40) a suggéré que l'effet du week-end avec un taux de mortalité plus important provient de différences au niveau des patients à l'admission plutôt qu'à la réduction des effectifs ou des services hospitaliers en ce qui concerne la mortalité de ces patients.

VIII – CONCLUSION

L'afflux croissant de patients aux urgences impacte tous les lieux de prise en charge des patients au sein du service des urgences, la SAUV ne faisant pas exception. Dans son projet d'amélioration du service des urgences adultes, le CHU de Poitiers a opté pour la mise en place d'une équipe médicale dédiée à la SAUV à partir de décembre 2013.

Dans cette étude rétrospective réalisée sur deux périodes correspondant à un avant/après, près de 9 600 passages ont été analysés. Il n'a pas été mis en évidence d'amélioration du délai de prise en charge tel que défini dans l'objectif principal. En revanche il a été constaté une amélioration significative de 13 minutes sur le délai jusqu'au premier contact médical ; délai essentiel qui permet une évaluation précoce de la gravité du patient. Sans oublier qu'au-delà des temps de passage, la SAUV a connu une explosion du nombre de passage de 92 % entre les deux périodes. Ce qui influe forcément sur les temps de passage des patients des autres filières du SU (le nombre total du passage tous secteurs confondus ayant augmenté de 12% sur la même période).

La pluralité des pathologies prises en charge depuis la mise en place de l'équipe, l'essor de filières spécialisées, l'augmentation du pourcentage du nombre de patients hospitalisés en secteur médico-chirurgical conventionnel, sont autant de facteurs influençant l'activité de la SAUV du CHU de Poitiers et impactent le délai de prise en charge du patient. Néanmoins dans les sous populations à défaillance immédiate telles que les « Urgences neurovasculaires » ou les « Traumatisés sévères » le délai de prise en charge a tendance à être réduit par rapport à la population globale de la SAUV, ce qui montre la capacité de cette équipe à cibler les patients graves et leur proposer une prise en charge adaptée, rapide et personnalisée.
La mise en place de l'équipe médicale dédiée à la SAUV du service des urgences adultes du CHU de Poitiers semble être devenue une pierre angulaire dans la gestion des patients graves leur offrant une prise en charge précoce mais également une véritable aide à la gestion du flux global des patients.

Cette étude n'a pas analysé le devenir des patients à l'issu de leur passage en SAUV avec notamment la mortalité hospitalière au décours et la durée totale de séjour à l'hôpital. Il serait intéressant de travailler sur ces points là en fonction du temps passé à la SAUV.

Un prochain travail prospectif pour analyser certaines sous populations de la SAUV et affiner le profil des patients les composant semblerait intéressant également.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Panoramas de la DREES santé. « La médecine d'urgence », fiche 27, Les établissements de santé - édition 2018, coll. Études et Statistiques [Internet]. [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf

2. Berthier A, Maupoint-Janody R, Holzapfel L, Benoît B, Vagneur A, Eyraud S, et al. Analyse du temps d'attente aux urgences de Bourg-en-Bresse un an après la mise en place d'outils de gestion de flux. J Eur Urgences. mars 2008;21:A90-1.

3. Policy Statements. Ann Emerg Med. juin 2013;61(6):726-7.

4. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al. International Perspectives on Emergency Department Crowding: INTERNATIONAL PERSPECTIVES ON ED CROWDING. Acad Emerg Med. déc 2011;18(12):1358-70.

5. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Ann Emerg Med. août 2008;52(2):126-136.e1.

6. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med. août 2003;42(2):173-80.

7. Talandier D, Cauterman M, Le Spégagne D, Woynar S. La distribution des temps de passage des patients dans 28 services des urgences. J Eur Urgences. mai 2007;20(1):112-3.

8. Quintard H, Severac M, Martin C, Ichai C. In-hospital organization of primary care of patients presenting a life-threatening emergency: A French national survey in 32 university hospitals. Anaesth Crit Care Pain Med. août 2015;34(4):225-30.

9. Naouri D, El Khoury C, Vincent-Cassy C, Vuagnat A, Schmidt J, Yordanov Y, et al. The French Emergency National Survey: A description of emergency departments and patients in France. Bouchama A, éditeur. PLOS ONE. 14 juin 2018;13(6):e0198474.

10. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. L'organisation des services d'urgences : un enjeu face à la surcharge. Ann Fr Médecine Urgence. 1 mars 2014;4(2):106-15.

11. Zanker C, Lavagna L, Beaune S, Dugast N, Marcault J-B, Prevert D, et al. La réorganisation d'un service peut-elle diminuer le temps moyen de passage d'un patient aux urgences et son délai de prise en charge médicale? J Eur Urgences. mai 2007;20(1):47.

12. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). Ann Fr Anesth Réanimation. août 2004;23(8):850-5.

13. Plan d'amélioration d'accueil des urgences : des résultats encourageants | Site du CHU de Poitiers [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.chu-poitiers.fr/plan-damelioration-daccueil-des-urgences-des-resultats-encourageants/

14. Site du CHU de Poitiers. Les chiffres clés 2006 [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/Plaq2006.pdf

15. Site du CHU de Poitiers. Les chiffres clés 2017 [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/2018/07/chiffres_cles_2017-web.pdf

16. Séverac M, Quintard H, Ichai C. La prise en charge des urgences vitales en France : état des lieux des centres universitaires. Ann Fr Anesth Réanimation. sept 2013;32:A194.

17. Broux C, Ageron F-X, Brun J, Thony F, Arvieux C, Tonetti J, et al. Filières de soins en traumatologie, une organisation indispensable☆☆☆. Réanimation. nov 2010;19(7):671-6.

18. Hamada S, Leone M, Pottecher J, Ageron FX, Tazarourte K. “Trauma system” en France. :18.

19. J.ChruscielaA.DevillardbX.FontainecD.LaplancheaS.Sancheza. Effect of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and 30-day readmission. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juill 2018;66:S409.

20. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d’un circuit court au sein d’un service d’urgence adulte. Ann Fr Médecine Urgence. déc 2015;5(6):283-9.

21. Considine J, Kropman M, Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case-control study. Emerg Med J. 1 déc 2008;25(12):815-9.

22. Zuber M. Le Plan AVC 2010–2014. Prat Neurol - FMC. févr 2011;2(1):3-5.

23. Sagnes-Raffy C, Fernandez S, Grolleau S, Teillol L, Foucart G, Ducassé J-L. Évaluation du rôle des structures d’urgence dans la filière de soins des AVC en Haute-Garonne. J Eur Urgences. juin 2009;22:A54-5.

24. HAS. Résultats des indicateurs pour l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Prise en charge initiale de l’accident vasculaire cérébral - Campagne 2017 – Données 2016 [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/rapport_avc_2017.pdf

25. Société Française de Médecine d’Urgence. Le triage en structure des urgences - Recommandations formalisées d’experts [Internet]. 2013 [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

26. Scores et classification des malades aux urgences [Internet]. [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://www.efurgences.net/aide-a-la-decision/61-classifications.html

27. Delmas G, Pierrad O, Weissenbach A, Chouvet E, Schinkel D, Gillet P, et al. Profil des malades graves admis en salle d’accueil des urgences vitales (SAUV). J Eur Urgences. mai 2007;20(1):194-5.

28. J.PASSEBON. EPIDEMIOLOGIE DES URGENCES VITALES POTENTIELLES AUX URGENCES ADULTES DU CHU D'ANGERS - Travail de thèse [Internet]. 2016 [cité 23 août 2018]. Disponible sur: http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137895/2016MCEM6656/fichier/6656F.pdf

29. Gouin S. Analyse du recours à la Salle d'Accueil des Urgences Vitales du Centre Hospitalier de Pau - Travail de thèse. mai 2016;87.

30. Babalola OR, Oluwadiya K, Vrgoč G, Akpati U, Sindik J, Čoklo M, et al. Pattern of emergency room mortality among road traffic crash victims. Injury. nov 2015;46:S21-3.

31. Clerc S, Bertrand L, Arcuset D, Parouty F, Pierantoni A, Mardegan P. Analyse du registre d'activité d'une salle d'accueil des urgences vitales dans un centre hospitalier non CHU siège de samu. J Eur Urgences. juin 2009;22:A106.

32. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003;8.

33. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. Crit Care. 2005;9(3):291.

34. Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann Fr Médecine Urgence. mars 2014;4(2):96-105.

35. Forster AJ. The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition. Acad Emerg Med. 1 févr 2003;10(2):127-33.

36. Jo S, Jin YH, Lee JB, Jeong T, Yoon J, Park B. Emergency Department Occupancy Ratio is Associated With Increased Early Mortality. J Emerg Med. févr 2014;46(2):241-9.

37. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: BOARDING AND MORTALITY. Acad Emerg Med. déc 2011;18(12):1324-9.

38. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit*. Crit Care Med. juin 2007;35:1477-83.

39. Gerbeaux P, Ledoray V, Torro D, Thirree R, Nelh P, Jean P. Impact de la « seniorisation » sur les prescriptions d'examens de biologie dans un service d'accueil et des urgences. Ann Fr Anesth Réanimation. janv 2000;19(1):62-6.

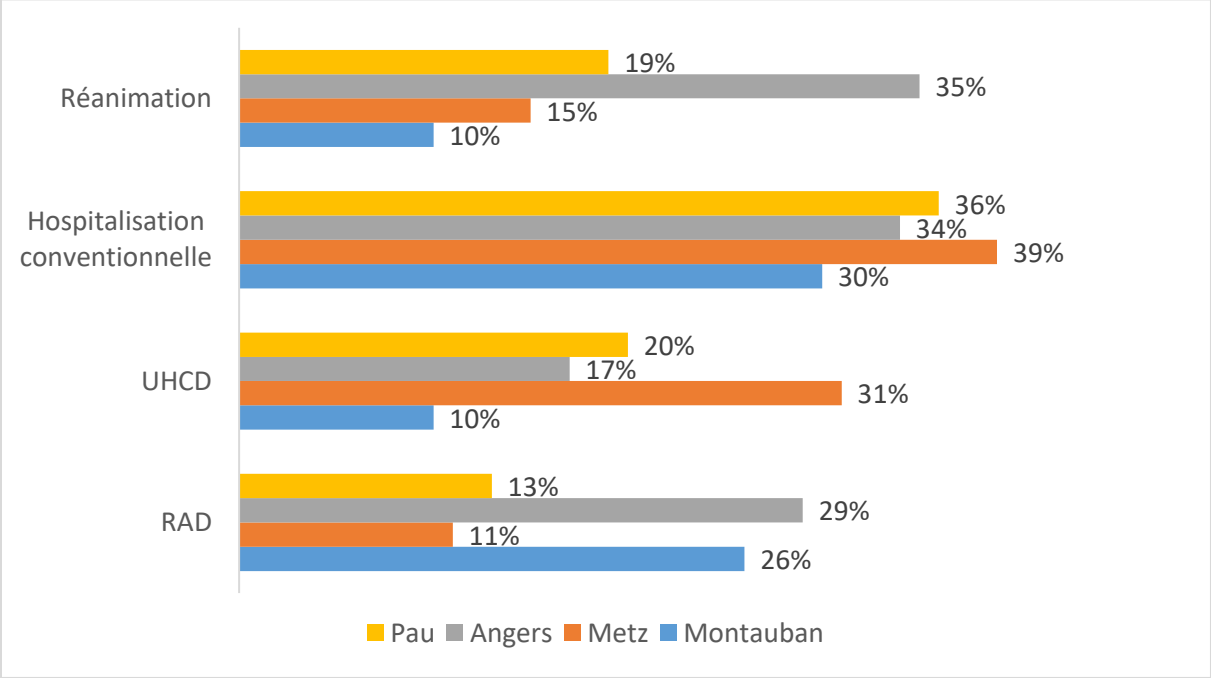
40. Walker AS, Mason A, Quan TP, Fawcett NJ, Watkinson P, Llewelyn M, et al. Mortality risks associated with emergency admissions during weekends and public holidays: an analysis of electronic health records. The Lancet. juill 2017;390(10089):62-72.

ANNEXES

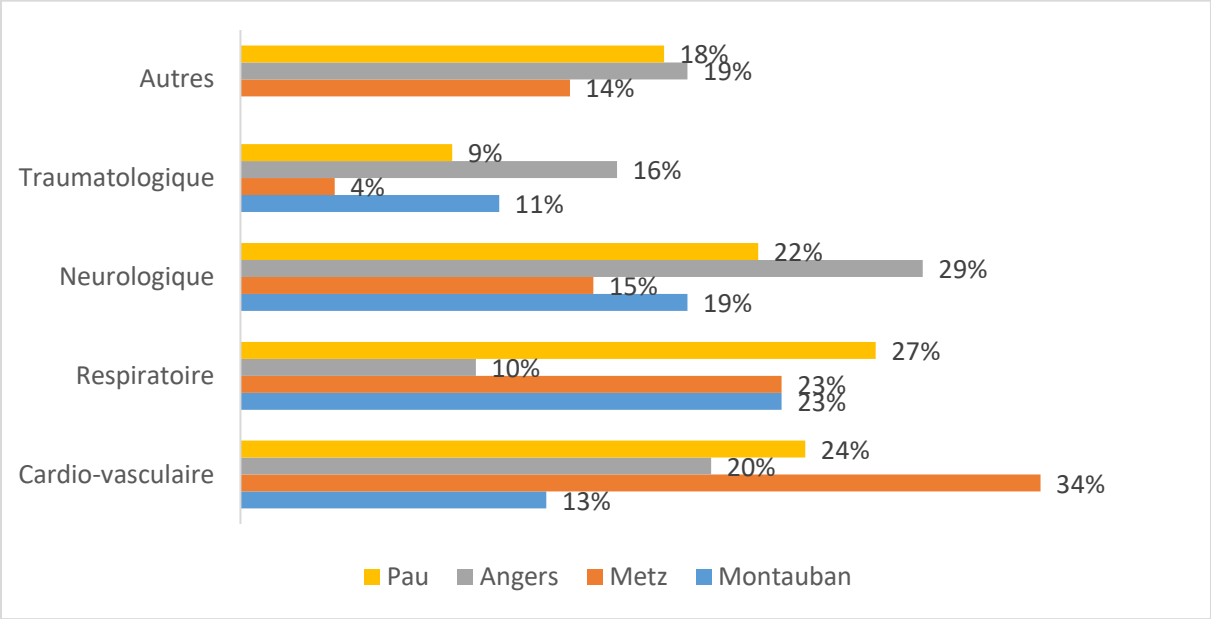
Annexe 1 : Classification Clinique des Malades des Urgences modifiées

CCMU	
P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.
1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.
D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe 2 : Pourcentage des principales orientations en sortie de SAUV dans 4 études françaises : CH de Pau de 2014 (29)*, CHU d'Angers en 2015* (28)*, CH de Metz en 2006* (27) *et CH de Montauban en 2008* (31).



Annexe 3 : Pourcentage des principaux cadres nosologiques suspectés dans un population prise en charge à la SAUV dans 4 études françaises : CH de Pau de 2014 (29)*, CHU d'Angers en 2015* (28)*, CH de Metz en 2006* (27) *et CH de Montauban en 2008* (31).



RESUME

Introduction : En décembre 2013, dans le contexte d'un plan institutionnel d'amélioration du service des urgences, le CHU de Poitiers a mis en place une équipe médicale complète et uniquement dédiée à la SAUV du service des urgences adultes. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de cette mise en place sur les délais de prise en charge des patients concernés.

Matériel et méthode : Cette étude rétrospective et monocentrique a été réalisée sur neuf années consécutives : cinq années avant et quatre années après la mise en place de l'équipe dédiée à la SAUV. Elle analysait l'évolution des délais de prise en charge, des orientations après passage dans cette filière et des principales pathologies rencontrées.

Résultats : 621 dossiers ont été analysé pour la première période et 8980 dossiers pour la seconde. Cette étude n'a pas montré de diminution du délai de prise en charge médicale T2, mais ce résultat est à relativiser en prenant en compte les nombreux facteurs environnementaux. Le délai jusqu'au premier contact médical T1 a été significativement réduit de 13 minutes. Elle a montré une évolution significative du panel de pathologies rencontrées et une nouvelle répartition des orientations à l'issue du passage en SAUV.

Conclusion : La mise en place d'une équipe médicale dédiée à la SAUV permet d'améliorer de manière significative le délai jusqu'au premier contact médical. Cette mise en place participe également à la gestion du flux global des patients du service des urgences adultes du CHU de Poitiers.

Mots-clés : délais de prise en charge, SAUV, service d'urgence, équipe médicale dédiée, gestion du flux.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !