

## Le réanimateur aux urgences : acteur ou consultant ?

### Position of the Intensivist at the Emergency Department

A. Roch · N. Persico

Reçu le 22 juin 2017 ; accepté le 17 août 2017  
© SRLF et Lavoisier SAS 2017

La collaboration entre urgentiste et réanimateur est centrale dans la prise en charge aux urgences des patients les plus sévères. Dès le niveau de gravité établi par l'équipe des urgences à l'accueil ou en préhospitalier, c'est souvent dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) qu'aura lieu la prise en charge pluridisciplinaire initiale se terminant par l'admission en réanimation. Nous aborderons successivement les aspects réglementaires, organisationnels et médicaux qui influencent les rôles respectifs de chacun des acteurs dans la prise en charge des patients.

### Quel rôle pour la SAUV ?

Le décret du 22 mai 2006 [1] précise que chaque service d'accueil d'urgence (SAU) dispose notamment « d'au moins une SAUV comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ». La conférence d'experts de la Société française de médecine d'urgence de 2003 sur les recommandations sur la mise en place des SAUV [2] précise « qu'elle est un lieu d'accueil, dans le SAU, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle ». Néanmoins, « la SAUV ne correspond ni à un lit de réanimation ni à un lieu d'hospitalisation, et doit être libérée dès que possible ». La SAUV est donc un lieu de prise en charge initiale soumis aux mêmes impératifs que le reste du service d'urgences, à savoir la nécessité de pouvoir accueillir à tout moment un patient, ce qui implique une libération rapide de ses lits. Pour les patients concernés, l'admission en réanimation doit être discutée rapidement et le transfert envisagé dès que possible pour poursuivre une prise en charge optimale du patient. Plusieurs paramètres vont moduler la place de la SAUV dans

un établissement pour la prise en charge des patients critiques ainsi que le temps passé à la SAUV par ces patients : le manque de lits de réanimation disponibles ; la formation hétérogène à la prise en charge des premières heures des détresses vitales dans les équipes d'urgentistes ; les organisations locales et territoriales, très variables. Dans une étude canadienne monocentrique récente [3], la durée médiane de séjour aux urgences de patients qui seront hospitalisés en réanimation était de 4,9h (extrêmes 1,4-28,2 h). Les deux tiers des intubations trachéales, la moitié des drainages thoraciques et 15 % des poses de cathéters centraux ou artériels de ces patients étaient réalisés aux urgences. En France, la prise en charge des premières heures s'effectue fréquemment au SAU. Néanmoins, des études plaident en faveur d'une admission la plus rapide possible en réanimation en montrant un impact pronostique du délai d'admission en réanimation à partir des services ou des urgences. Sur une cohorte multicentrique d'environ 50 000 patients issus de services d'urgences américains [4], une admission retardée (plus de 6h après l'arrivée au SAU) était associée à une mortalité à l'hôpital significativement augmentée (17,4 vs 12,9 %), y compris après ajustement sur les catégories diagnostiques. Une autre étude monocentrique brésilienne portant sur 400 patients [5] a suggéré elle aussi une relation entre le délai d'admission en réanimation et la mortalité. Néanmoins, il est à noter que dans cette étude, les patients étaient admis en réanimation selon leur ordre chronologique de présentation au réanimateur. D'autres études ont des résultats plus nuancés. Ainsi, une étude monocentrique anglaise [6] incluant 1600 patients a montré que les 150 patients admis en réanimation plus de 3h après la prise de décision (en médiane 6h après) n'avaient pas un pronostic différent des patients admis sans délai. Dans cette étude, 120 des 150 patients admis avec délai étaient transférés en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) dans l'intervalle. Ce type de résultat met en évidence la nécessité d'organisations locales devant permettre la prise en charge des premières heures (4 à 6h) dans des locaux permettant des conditions de prise en charge proches de la réanimation, soit en SAUV avec présence du réanimateur, soit en SSPI [2]. Le choix

A. Roch (✉) · N. Persico  
Service d'accueil des urgences,  
réanimation des détresses respiratoires et infections sévères,  
hôpital Nord, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille,  
chemin des Bourrely, F-13015 Marseille, France  
e-mail : antoine.roch@ap-hm.fr

entre ces deux structures doit être organisé et conditionné par la disponibilité et le niveau d'expérience des personnels paramédicaux et médicaux (SSPI ouverte H24 ou non, médecin dédié à la SAUV ou non, IDE dédiés à la SAUV ou à la SSPI...). Dans les hôpitaux où la SAUV est géographiquement distinguée, suffisamment équipée, avec du personnel paramédical dédié et un médecin dédié ou facilement détachable, ce lieu doit être privilégié pour la prise en charge initiale des urgences vitales en l'absence de lit de réanimation disponible. En effet, c'est la mission première de la SAUV, alors qu'en SSPI, la présence d'anesthésistes-réanimateurs et d'IDE/IADE n'est pas garantie en raison de l'activité opératoire et post-interventionnelle.

### Quand appeler le réanimateur ?

Bien qu'évident en cas d'arrêt cardiaque ou de nécessité d'intubation trachéale immédiate, l'appel du réanimateur doit être aussi large et précoce que possible. Dans une étude portant sur 450 patients admis pour pneumonie communautaire aux urgences [7] et qui montrait un effet bénéfique d'une admission directe en réanimation sur la mortalité, il est à noter que seuls 33 % des patients admis directement en réanimation avaient des critères d'admission directe évidents (ventilation mécanique, vasopresseurs), soulignant l'importance d'une politique de consultation large et quasi systématique du service de réanimation pour les pathologies à risque important d'aggravation. L'appel du réanimateur doit être précoce. En effet, c'est pendant les six premières heures de la prise en charge, dont une partie se fait aux urgences, que les scores de sévérité des patients qui vont survivre à leur séjour en réanimation s'améliorent [8]. C'est sur cette base que les campagnes comme la *Surviving Sepsis Campaign* ont été développées. Dans ce contexte, la consultation précoce du service de réanimation s'intègre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire dans laquelle l'urgentiste et le réanimateur ont un rôle complémentaire. Sur le terrain, l'urgentiste prend connaissance du patient, détecte les signes de gravité dès l'accueil, initie la démarche diagnostique et thérapeutique, celle-ci étant accompagnée, complétée et discutée par la suite par le réanimateur et d'autres spécialistes au besoin. Les deux services établissent des protocoles visant notamment à définir des critères de consultation du service de réanimation, que les deux équipes s'engageront à respecter. Par exemple, il sera important de définir si l'appel de la réanimation est systématique et précoce devant tout signe clinique et/ou biologique de sepsis sévère, ou si le critère d'appel sera, par exemple, la « non-efficacité » d'un remplissage de 30 ml/kg en une à deux heures, sans oublier que l'amélioration précoce ne signifie pas pour autant qu'un transfert en réanimation ne soit pas utile. Le risque existe par ailleurs que l'appel du réanimateur

constitue dès les urgences un transfert de responsabilités, non convenu, entre les deux équipes, source d'inaction, puisqu'on se situe dès lors dans une situation d'attente de place de réanimation. En effet, sauf si cela est clairement défini au niveau local, le patient reste sous la responsabilité de l'urgentiste tant qu'il est en SAUV. Au-delà du besoin de la compétence du réanimateur, l'urgentiste n'a pas toujours le temps pour une prise en charge optimale assez chronophage d'un patient nécessitant des moyens de suppléance, notamment en situation de saturation des urgences. Ainsi, des études suggèrent que le degré d'occupation des urgences est corrélé au risque de retard de prise en charge, voire à la mortalité [9]. Enfin, comme toutes les spécialités de l'hôpital, la réanimation doit participer à la formation continue des personnels des urgences.

La mise en place de mesures de limitation ou arrêt des thérapeutiques (LAT) se fait très souvent à partir des urgences. Même si, dans certains cas assez simples, l'intervention du réanimateur dans ces décisions n'est pas indispensable dès lors qu'une décision collégiale peut être prise par plusieurs membres de l'équipe des urgences, l'avis du réanimateur sera souvent requis. Cet avis portera principalement sur la pertinence d'une admission en réanimation et sur le niveau de soins à effectuer. Cette décision est souvent difficile et nécessite, sans dérogation, une discussion sur place, après analyse complète du dossier. D'après une étude française, 35 % des décisions de LAT prises par les réanimateurs le sont en dehors de la réanimation, notamment aux urgences [10]. Il est à craindre que nombre de ces décisions soient prises par téléphone, ce qui devrait être évité en intrahospitalier, notamment aux urgences. En effet, dans une enquête française multicentrique menée dans 174 SAU, portant sur 2512 patients décédés au SAU, il apparaît que 79 % d'entre eux décédaient après des mesures de LAT [11]. Néanmoins, même si la décision était prise dans 80 % des cas par deux médecins, et dans 25 % des cas pour des patients sous ventilation artificielle, le rôle exact du réanimateur n'était pas précisé. Une autre étude a montré que 86 % des réanimateurs admettent des patients en réanimation sans être convaincus de l'utilité de ce transfert, en raison d'un doute médical ou de la difficulté à prendre des mesures de LAT en urgence [12], d'où la notion de réanimation d'attente, qui doit faire l'objet d'une discussion pluridisciplinaire dès les urgences, ainsi qu'avec le patient ou ses proches.

### Quel rôle dans la prise en charge des urgences intrahospitalières ?

Urgentistes et réanimateurs sont fréquemment appelés dans les services. La notion anglosaxonne de *rapid response team* se réfère à l'intervention d'une équipe, médicalisée ou non, dans un service, pour l'évaluation d'un patient dont l'état

s'aggrave. De nombreuses études ont suggéré l'intérêt de ces équipes [13]. Les recommandations européennes les considèrent ainsi comme un élément fondamental de la réanimation intrahospitalière et la grande majorité des établissements ont mis en place un dispositif interne de réponse à la détresse vitale. Néanmoins, leur définition et critères d'appel peuvent varier, allant de toute situation de gravité potentielle à l'arrêt cardiaque exclusivement. Récemment, Jung et al. [14] ont montré que la mise en place d'une *rapid response team* de réanimation avec des critères d'appel bien définis et assez larges, permettait une réduction significative de la mortalité. Dans l'hôpital de taille moyenne étudié, l'équipe se déplaçait en moyenne une fois par jour, et était contactée par un interne dans la moitié des cas. La place respective des équipes d'urgence et de réanimation dans ces dispositifs dépend des ressources humaines, de leurs compétences respectives et des organisations locales. Une réponse graduée impliquant les urgences et la réanimation doit probablement être discutée dans chaque établissement qui dispose des deux à la fois.

## Conclusions

Le réanimateur fait partie des professionnels auxquels le service d'urgence fait fréquemment appel. Il s'y impose comme un acteur important car les motifs d'interaction avec l'urgentiste sont multiples : prise en charge médicale en SAUV, aide technique, décision d'admission en réanimation ou de LAT, formation. Le référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence précise que « lorsque l'état du patient le nécessite, l'urgentiste doit s'efforcer de confier, dès que possible, son patient à un spécialiste de la réanimation » [15]. L'urgentiste doit donc informer rapidement le réanimateur de la présence aux urgences d'un patient nécessitant son avis ou son intervention rapide, et le réanimateur s'efforcer de répondre au mieux à cette demande. Néanmoins, sauf si cela est clairement défini au niveau local, le patient reste sous la responsabilité de l'urgentiste tant qu'il est aux urgences.

La création du DES de médecine d'urgence, bien qu'allongeant la durée de formation des futurs urgentistes, n'augmente pas la durée de leur passage en réanimation [16]. La création de la spécialité de Médecine intensive-Réanimation doit par ailleurs inciter les réanimateurs à se rapprocher encore des urgentistes pour optimiser la prise en charge précoce des patients les plus sévères aux urgences, mais aussi dans les services conventionnels.

**Liens d'intérêts :** L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. Consultable à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006053734>
2. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV). Consultable à : <http://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfm>
3. Green RS, MacIntyre JK, (2009) Critical care in the emergency department: an assessment of the length of stay and invasive procedures performed on critically ill ED patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 17: 47
4. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP, (2007) DELAY-ED study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med* 35:1477-1483
5. Cardoso LT, Grion CM, Matsuo T, Anami EH, Kauss IA, Seko L, Bonametti AM, (2011) Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Crit Care* 15: R28
6. O'Callaghan DJ, Jayia P, Vaughan-Huxley E, Gribbon M, Templeton M, Skipworth JR, Gordon AC, (2012) An observational study to determine the effect of delayed admission to the intensive care unit on patient outcome. *Crit Care* 16: R173
7. Renaud, Santin A, Coma E, Camus N, Van Pelt D, Hayon J, Gurgui M, Roupie E, Hervé J, Fine MJ, Brun-Buisson C, Labarère J, (2009) Association between timing of intensive care unit admission and outcomes for emergency department patients with community-acquired pneumonia. *Crit Care Med* 37: 2867-2874
8. Nguyen HB, Rivers EP, Havstad S, Knoblich B, Ressler JA, Muzzin AM, Tomlanovich MC, (2000) Critical care in the emergency department: A physiologic assessment and outcome evaluation. *Acad Emerg Med* 7: 1354-1361
9. Jo S, Jin YH, Lee JB, Jeong T, Yoon J, Park B, (2014) Emergency department occupancy ratio is associated with increased early mortality. *J Emerg Med* 46: 241-249
10. Reignier J, Dumont R, Katsahian S, Martin-Lefevre L, Renard B, Fiancette M, Lebert C, Clementi E, Bontemps F, (2008) Patient-related factors and circumstances surrounding decisions to forego life-sustaining treatment, including intensive care unit admission refusal. *Crit Care Med* 36: 2076-2083
11. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Voiteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, Labastire L, Levraut J, Thys F, Lauque D, Piva C, Schmidt J, Treweek D, Potel G, (2010) Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 36: 765-772
12. Giannini A, Consonni D, (2006) Physicians' perceptions and attitudes regarding inappropriate admissions and resource allocation in the intensive care setting. *Br J Anaesth* 96: 57-62
13. Tirkkonen J, Tamminen, Skrifvars M, (2017) Outcome of adult patients attended by rapid response teams: A systematic review of the literature. *Resuscitation* 112: 43-52
14. Jung B, Daurat A, De Jong A, Chanques G, Mahul M, Monnin M, Molinari N, Jaber S, (2016) Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Med* 42: 494-504
15. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, Ducasse JL, (2012) Référentiels métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urg* 2: 125-138
16. Riou B, (2017) L'an 1 du diplôme d'études spécialisées en médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urgence* 7:1-4