

# Evaluation du niveau de gravité et des délais de prise en charge des traumatisés sévères dans un réseau d'urgence.

LAURÈNE DE DINECHIN (1), CORALIE CHASSIN (1), ERIC ROUSSEL (2),  
GUILLAUME MARCOTTE (3), JEROME UGHETTO (4), PATRICE SERRE (5),  
PATRICIA TRINQUET (6), CARLOS EL KHOURY (2)

## Introduction

La bonne orientation des traumatisés sévères, permet de diminuer le taux de mortalité. Depuis 2011, notre réseau d'urgence a organisé la filière de prise en charge de ces patients. L'évaluation et l'orientation des victimes sont-elles conformes ?

## Méthode

Notre réseau s'étend sur un bassin de 3 millions d'habitants, autour de référentiels partagés entre médecins urgentistes et réanimateurs des déchocages. Nous avons défini 3 niveaux de gravité clinique en s'appuyant sur les critères de Vittel conditionnant l'orientation des victimes. Notre étude est observationnelle et multicentrique. Elle porte sur l'évaluation par l'équipe SMUR du niveau de gravité du patient. Secondairement, nous avons analysé le délai de prise en charge des traumatisés sévères, en pré-hospitalier, entre l'arrivée du SMUR et le départ des lieux. Nous avons exclu les patients décédés sur les lieux.

## Résultats

4587 traumatisés sévères ont été pris en charge en SMUR entre mars 2011 et septembre 2015. Parmi eux 4117 niveaux de gravité sont renseignés après conditionnement par SMUR : 397 (10%) étaient évalués en niveau 1 par le SMUR, 872 (21%) niveau 2 et 2848 (69%) niveau 3. Le niveau de gravité évalué en SMUR est identique à celui au déchocage pour : 78% des niveaux 1, 66% des niveaux 2 et 94% des niveaux 3. Cette répartition est stable d'une année à l'autre. Le pourcentage de patients dont le niveau a été surestimé par le SMUR est de 22% des niveaux 1 et 18% des niveaux 2. Ont été sous-estimés 16% des niveaux 2 et 6% des niveaux 3. Tous ces pourcentages sont stables entre 2011 et 2015. Les délais de prise en charge par le SMUR des patients niveaux 1, 2 et 3 étaient

respectivement de 44 [30-60] min, 40 [30-55] min et 30 [20-40] min ( $p > 0.01$ ). Ces délais et la différence entre eux sont restés stables sur les cinq années étudiées.

## Conclusion

L'évaluation initiale des traumatisés sévères semble difficile, particulièrement pour les patients de niveau 2, entraînant parfois une sous-estimation en préhospitalier de leur gravité. Cette sous-estimation peut entraîner une mauvaise orientation et par conséquent une perte de chance. L'analyse du profil des victimes et du type de traumatisme devrait permettre d'en comprendre les raisons et de mettre en place des actions d'amélioration.

- 
1. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Roanne, ROANNE, France
  2. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Vienne, VIENNE, France
  3. déchocage, Hôpital Edouard Herriot, LYON, France
  4. SAMU, CH Valence, Valence, France
  5. Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Bourg en Bresse, BOURG EN BRESSE, France
  6. Urgences, CH Vienne, vienne, France