

## RECOMMANDATIONS

**Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)<sup>☆</sup>****Emergency department policy Implementation and management of the resuscitation room**

Société francophone de médecine d'urgence, Samu de France,  
Société de réanimation de langue française,  
Société française d'anesthésie et de réanimation

Reçu et accepté le 5 novembre 2003

Disponible sur internet le 12 août 2004

**Membres du groupe de travail**

Dr. Pierre Mardegan, (pôle départemental des urgences hospitalières et Samu 82, CHG Montauban, SFMU), coordinateur

Dr. Laurent Maillard (service d'accueil des urgences et Samu 47, CHG AGEN, commission de médecine d'urgence, SRLF), secrétaire

Catherine Babatasi (service d'accueil des urgences, CHU côte-de-Nacre, Caen, commission infirmière, SFMU)

Pr. Pierre Carli (Samu de Paris et département d'anesthésie-réanimation, CHU Necker-Enfants-Malades, Paris, commission scientifique, Samu de France)

Dr. Jean-Louis Ducassé (Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées, Toulouse, commission scientifique, SFMU)

Pr. J.-Emmanuel de La Coussaye (Fédération anesthésie, réanimations, urgences, douleur et Samu 30, CHU Nîmes, comité des urgences, SFAR)

Dr. Patrick Goldstein (Samu 59, CHU Lille, commission scientifique, Samu de France)

Dr. Philippe Le Conte (service d'accueil des urgences, Hôtel-Dieu, CHU Nantes, commission de médecine d'urgence, SRLF)

Pr. Bruno Riou (service d'accueil des urgences, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, comité des urgences, SFAR)

Dr. Bernard Vermeulen (division des urgences médicochirurgicales, hôpital universitaire Genève, SFMU)

**I. PRÉAMBULE**

Bien que 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.

Les sociétés savantes représentant les principaux acteurs participant à la prise en charge des urgences vitales au sein des services d'urgence (Société francophone de médecine d'urgence, Samu de France, Société française d'anesthésie et de réanimation, Société de réanimation de langue française) à l'initiative de la SFMU, ont mandaté un groupe d'experts afin d'établir des recommandations pour la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

En l'absence d'éléments réglementaire ou législatif précis concernant la SAUV [1–7], ces recommandations sont destinées à l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux, qui concourent à la prise en charge des urgences, et aux responsables administratifs des établissements de santé.

**2. DÉFINITION**

La SAUV, ou salle de déchoquage, est un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.

L'objectif de cette conférence d'experts est de proposer des recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'une SAUV dans le cadre d'un service d'accueil des urgences (SAU) ou d'une unité de proximité d'accueil, de

<sup>☆</sup> Texte paru dans le Journal Européen des Urgences 2003, 16 : 15165–15170. © Masson, Paris, 2003.

traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Les pôles spécialisés d'urgence (POSU) non pédiatriques déterminent, en fonction du type de patients pris en charge, si une SAUV doit ou non être mise en place.

Si une SAUV est mise en place, ces recommandations s'y appliquent.

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.

Certains centres ont utilisé une structure accueillant régulièrement et spécifiquement des patients ayant une détresse vitale (salle de surveillance postinterventionnelle, unité de réanimation d'urgence) comme SAUV. La SAUV ne se substitue pas à ces structures et ces structures ne se substituent pas à la SAUV.

Toutefois, une telle organisation peut être maintenue, à condition que ces structures soient à proximité immédiate des urgences, que les emplacements nécessaires pour remplir cette fonction de SAUV et les règles de fonctionnement suivent l'ensemble des recommandations énoncées dans ce texte (cf. paragraphe « Relations et collaboration avec les autres services »). Par conséquent, toute restructuration architecturale à venir devra intégrer la SAUV au sein du service d'urgence.

Ces recommandations excluent la prise en charge des urgences pédiatriques, et notamment les POSU pédiatriques, qui devront faire l'objet d'un texte de recommandations complémentaires.

### 3. CRITÈRES D'ADMISSION

L'admission dans une SAUV concerne tous les patients en situation de détresse vitale existante ou potentielle.

La décision d'admission d'un patient dans la SAUV est prise par le médecin du service des urgences, et, le cas échéant, par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences, le médecin du SMUR, ou le médecin régulateur du Samu. Dans ce cadre, cette décision doit s'appuyer sur des procédures cliniques, si possible à partir de scores de gravité validés et partagés.

La prise en charge des urgences internes de l'établissement dans la SAUV doit rester exceptionnelle. En l'absence d'alternative, la décision repose sur le médecin responsable de la SAUV ou de son représentant désigné.

## 4. ARCHITECTURE

### 4.1. Localisation

La SAUV doit être située de préférence dans l'enceinte du service des urgences, sinon à proximité immédiate. Son

emplacement doit permettre de réduire les durées de transport du patient entre le sas d'entrée des urgences, la SAUV, et le plateau technique : imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire.

### 4.2. L'accès

Une signalétique spécifique de la SAUV doit être mise en place dès l'arrivée au service des urgences. Les couloirs entre le sas d'arrivée, les urgences et la SAUV doivent être de plain-pied. Ces couloirs et ceux donnant accès au plateau technique (imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire) sont larges, permettant le croisement de brancards, sans mobilier pour ne pas entraver la circulation.

### 4.3. Structure

La SAUV peut comporter un ou plusieurs emplacements (poste de soins pour un patient) répartis dans une ou plusieurs pièces.

Le nombre d'emplacements dans la SAUV doit être adapté à son activité (nombre de passages aux urgences, gravité des patients, durée attendue de séjour dans la SAUV), et dans tous les cas, celle-ci comporte :

- au moins un emplacement pour les services d'urgence non SAU ;
- au moins deux emplacements pour les services d'urgence dont l'activité est supérieure à 15 000 passages/an et pour les SAU [7].

La SAUV doit comporter, par emplacement :

- au moins deux prises pour l'oxygène ;
- au moins une prise pour l'air ;
- au moins trois prises pour le vide ; au moins six prises pour l'électricité ; il est souhaitable qu'au moins deux de ces prises soient sécurisées ;
- au moins un système d'accrochage des perfusions ; un support pour les appareils de surveillance et les pousse-seringues.

Une SAUV ne doit pas avoir une surface inférieure à 25 m<sup>2</sup>. Lorsqu'il y a plusieurs emplacements, ceux-ci doivent avoir une surface minimale de 15 m<sup>2</sup> par emplacement, hors rangements. Les rangements de la SAUV sont exclusivement réservés au matériel nécessaire à la prise en charge des patients admis dans la SAUV.

La SAUV doit comporter, par pièce :

- au moins un site de lavage des mains ;
- au moins un dispositif permettant d'afficher les radiographies ;
- au moins un plan de travail.

La SAUV doit comporter les moyens de communication suivants :

- au moins un téléphone par pièce avec accès vers l'extérieur ;
- au moins un téléphone dédié à une liaison spécifique avec le Samu pour la SAUV ;
- un dispositif d'appel de renfort sans quitter la pièce.

En outre, il est souhaitable que la SAUV dispose d'un ordinateur avec accès au réseau hospitalier et de la possibilité d'effectuer un transfert d'images.

L'alimentation électrique doit permettre le branchement d'appareils lourds tels que amplificateur de brillance, appareil pour radiographies mobiles, échographe, dans chaque pièce.

Chaque emplacement doit disposer d'un éclairage permettant la réalisation de gestes techniques. Un dispositif d'éclairage mobile complémentaire doit être disponible. Il doit être possible de faire l'obscurité pour la réalisation d'échographies.

## 5. ÉQUIPEMENT

Deux niveaux d'équipement minimum sont recommandés, l'un pour les services d'urgence non SAU (Niveau 1), l'autre pour les SAU (Niveau 2).

Toutefois, certaines structures non SAU doivent s'équiper selon les critères d'un SAU, en raison d'une activité particulière (quantitative ou qualitative) et/ou d'un isolement géographique particulier. Ces recommandations s'entendent par emplacement, sauf indication contraire, par pièce (PP) ou par SAUV (PS).

### 5.1. Niveau 1

Réanimation respiratoire :

- des dispositifs permettant l'administration des fluides médicaux (bouteilles, manodétendeurs, masques, sondes, nébuliseurs) et une bouteille d'oxygène de secours (PP) ;
- un ventilateur automatique au moins de type transport, permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la PEP. Il doit être équipé d'un monitoring de la ventilation (mesure des volumes expirés, des pressions générées) avec des systèmes d'alarme conformes à la réglementation (alarmes sonores assujetties aux variations de pression hautes et basses et si possible assujetties à la spirométrie) (PP) ;
- un dispositif permettant de réaliser une ventilation non invasive est souhaitable (PS) ;
- un nécessaire pour l'intubation trachéale, un insufflateur manuel associé à un réservoir enrichisseur d'oxygène, avec des masques adaptés à la taille des patients ;
- du matériel adapté au cas d'intubation difficile (PP) ;
- un aspirateur électrique de mucosités et un jeu de sondes d'aspiration protégées (PP) ;
- un dispositif d'aspiration manuel de secours (PP) ;
- un monitoring de la saturation pulsée en oxygène (avec affichage des courbes souhaitées), et un monitoring par capnographe du CO<sub>2</sub> expiratoire (monitorage quantitatif avec courbes souhaitables) (PP) ;
- un appareil permettant la mesure du débit expiratoire de pointe (PP) ;

- un dispositif de drainage thoracique (PP).

Réanimation cardiovasculaire :

- un monitoring électrocardioscope ;
- un appareil de mesure automatique de la pression artérielle et un appareil manuel avec brassards adaptés à la taille des patients (PP) ;
- un défibrillateur (PS) ;
- un dispositif de stimulation transthoracique (PS) ;
- un appareil d'électrocardiographie multipiste (PS) ;
- au moins deux pousse-seringues électriques ;
- les matériels permettant l'accès veineux périphérique ou central, sous forme préconditionnés ;
- les dispositifs permettant l'accélération et le réchauffement de perfusion (PP), l'auto-transfusion (PS), le garrot pneumatique (PS) ;
- un kit transfusionnel (PP) ;
- un appareil de mesure de l'hémoglobine (PP) ;
- un aimant pour contrôle des dispositifs implantés (PS).

Médicaments :

- l'ensemble des médicaments pour la réanimation des défaillances respiratoires, circulatoires ou neurologiques ;
- les différents solutés de perfusion et de remplissage ;
- les médicaments nécessaires à la prise en charge des patients selon une liste pré-établie et connue de tous, comportant notamment les analgésiques, les sédatifs, les antibiotiques, les catécholamines, les thrombolytiques, et les principaux antidotes.

Immobilisation :

Un matelas à dépression et/ou un dispositif de transfert (PP) et plusieurs dispositifs adaptés d'immobilisation du rachis et des membres.

Divers :

- un brancard radiotransparent adapté aux gestes de réanimation, au transport du malade, à la contention ;
- un appareil de mesure de la glycémie capillaire (PP) ;
- des thermomètres, dont un doit être adapté à la mesure de l'hypothermie (PS) ;
- un dispositif de réchauffement corporel (PP) ;
- un lot de sondes gastriques et de poches de récupération (PP) ;
- un dispositif de drainage urinaire, y compris un dispositif de drainage sus-pubien (PP) ;
- mise à disposition d'un appareil d'imagerie mobile et d'un échographe (PS).

La SAUV doit disposer de moyens propres permettant de mobiliser un patient ventilé avec l'ensemble de son monitoring et les dispositifs assurant la continuité de son traitement [8,9].

### 5.2. Niveau 2

Tous les moyens recommandés au niveau 1 doivent être présents. Les moyens supplémentaires nécessaires par rapport au niveau 1 :

- au moins un ventilateur dit de réanimation, permettant plusieurs modes ventilatoires, en volume ou en pression (PS).

Il est souhaitable que la SAUV puisse disposer des techniques suivantes :

- mesure de la pression artérielle invasive (PP) ;
- fibroscopie bronchique (PS).

## 6. DURÉE DE PRISE EN CHARGE

Elle doit être la plus courte possible (cf. « Définition »).

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.

## 7. COLLABORATION

### 7.1. Relation avec le Samu–Smur

Bien que l'admission directe dans un service spécialisé soit chaque fois privilégiée [10], les relations entre le Samu et la SAUV sont essentielles pour l'admission et l'orientation du patient. Ces relations concernent au quotidien la prise en charge des patients, la coordination des acteurs étant un facteur essentiel de qualité. Le Samu prévient la SAUV d'éventuelles difficultés d'aval pour les patients graves liées à l'absence de lits disponibles en réanimation.

Les patients amenés par le Smur dans la SAUV sont systématiquement annoncés par le Samu. Le Smur indique toute modification de l'état clinique du patient. Le médecin du Smur peut à tout moment demander à être en relation avec le médecin de la SAUV par l'intermédiaire de la régulation du Samu.

La transmission du patient se fait de médecin à médecin et d'infirmier à infirmier. Le dossier patient doit être complet et vérifié. L'équipe du Smur ne quitte le patient que lorsque l'ensemble des transmissions est effectué et que la sécurité du malade est assurée.

Les modalités de l'ensemble des transferts interhospitaliers médicalisés à partir de la SAUV se décident entre le médecin de la SAUV et le médecin régulateur, même si l'établissement siège de la SAUV dispose d'un Smur.

### 7.2. Relations et collaboration avec les autres services

#### 7.2.1. Anesthésie–réanimation et réanimations

Des procédures sont établies entre la SAUV et le service d'anesthésie–réanimation et/ou les services de réanimation lorsqu'ils existent dans l'établissement. Dans ce cas, l'anesthésiste–réanimateur et/ou le réanimateur doit venir renforcer la SAUV à la demande de l'équipe de la SAUV.

Dans le cas où la SAUV a été intégrée provisoirement dans une structure accueillant régulièrement et spécifiquement des patients ayant une détresse vitale (salle de surveillance postinterventionnelle, unité de réanimation d'urgence) (cf. « Définition »), un contrat entre les deux services doit clairement en définir le fonctionnement.

#### 7.2.2. Les consultants

La SAUV doit disposer des listes actualisées de gardes et d'astreintes de l'ensemble des spécialistes de l'établissement et doit pouvoir à tout moment les contacter sans passer par leur service d'origine.

Tous ces médecins de garde ou d'astreinte doivent intervenir selon des modalités et des délais définis à l'avance par discipline et figurant dans un règlement intérieur validé par les instances médico-administratives de l'établissement.

Par ailleurs, la SAUV doit disposer d'une liste actualisée de médecins spécialistes des principales disciplines non couvertes par la permanence médicale de l'établissement et pouvant être sollicités.

#### 7.2.3. Services médicotechniques

La SAUV doit disposer d'un accès privilégié au service d'imagerie. Si une partie du plateau technique n'est pas dédiée au service des urgences, des priorités doivent être définies permettant la réalisation sans délai des examens urgents.

La SAUV doit disposer d'un accès privilégié au(x) laboratoire(s) de l'établissement ou rattaché(s), permettant d'accélérer l'obtention des résultats. Une biologie délocalisée est mise en place s'il n'y a pas d'alternative dans l'établissement.

#### 7.2.4. Services d'aval

Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés en priorité et sans délai dès lors que leur départ peut être envisagé, permettant de maintenir une capacité d'accueil pour les patients présentant une menace vitale. Les protocoles de transfert vers les services de l'établissement doivent détailler le personnel prenant en charge ce transfert interne et le matériel engagé [10]. Ces transferts ne doivent pas compromettre la sécurité de la SAUV.

#### 7.2.5. Contractualisation

L'ensemble des collaborations nécessaires au fonctionnement en sécurité de la SAUV doivent faire l'objet d'un protocole d'accord validé par les instances médico-administratives de l'établissement.

## 8. RESSOURCES HUMAINES

Le chef de service des urgences est responsable de l'organisation de la SAUV ou délègue cette responsabilité à un médecin de l'établissement. Par ailleurs, un médecin nominativement identifié est en permanence mobilisable pour assurer la responsabilité de l'accueil et de la prise en charge des patients dans la SAUV.

### 8.1. Formation de l'équipe soignante affectée à la SAUV

Le personnel médical et paramédical (infirmier(e) et aide-soignant(e) ou agent hospitalier) affecté à la SAUV doit

avoir bénéficié d'une formation lui permettant de prendre en charge l'ensemble des situations menaçant le pronostic vital et doit donc maîtriser un ensemble de procédures techniques et thérapeutiques. De plus, tout personnel affecté à la SAUV doit avoir bénéficié d'une formation d'adaptation à l'emploi. Sur le plan du savoir-être, il est important que le personnel affecté à la SAUV sache rester calme et communiquer avec les membres de l'équipe ainsi qu'avec les référents extérieurs et l'entourage du patient.

## 8.2. Équipe soignante affectée à la SAUV

L'effectif de la SAUV dépend du flux de patients, mais est au minimum d'un médecin, d'un(e) infirmier(e), et d'un(e) aide-soignant(e) ou agent hospitalier par SAUV, quels que soient l'heure et le jour de la semaine. Ce personnel peut exercer d'autres fonctions, mais doit pouvoir se libérer immédiatement. Il est ainsi impossible, sauf circonstances exceptionnelles, que le médecin en charge de la SAUV assure également les fonctions de médecin régulateur au Samu et/ou a fortiori les interventions de Smur, s'il est seul pour assurer simultanément ces missions.

## 9. PROCÉDURES ET PROTOCOLES

Il est établi que l'application de procédures clairement identifiées par chaque membre d'une équipe et placées sous la responsabilité d'un coordinateur permet d'améliorer la performance de tous. La coordination des activités de chaque membre d'une équipe n'est pas spontanée, et demande une préparation où il faut distinguer une identification du rôle de chacun, une standardisation des procédures, une capacité de communication de chaque membre de l'équipe, et l'identification d'un chef d'équipe lorsqu'un événement survient.

Il est important que les procédures suivantes soient mises en place dans la SAUV :

- procédure d'alerte ;
- procédures d'appel des membres de l'équipe ;
- procédures de recours à un avis spécialisé ;
- préparation de la SAUV ;
- organisation du travail ;
- accueil du patient et sa prise en charge initiale ;
- protocoles de prise en charge des pathologies les plus fréquemment rencontrées, réalisés à partir des données de la médecine fondée sur les preuves.

Le cadre infirmier supérieur des urgences est responsable de l'organisation paramédicale ou délègue cette responsabilité à un cadre infirmier ou un(e) infirmier(e), nominativement identifié(e). Par ailleurs, un(e) infirmier(e) et un aide-soignant ou un agent hospitalier au moins sont en permanence mobilisables pour être affectés à l'accueil et la prise en charge des patients dans la SAUV.

- critères et modalités de transfert inter- ou intrahospitalier ;

- contenu des informations à transmettre avec le patient ;
- formation de l'adaptation à l'emploi à la SAUV (médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s ou agent hospitalier).

La liste nominative, actualisée en permanence, de l'équipe affectée à la SAUV doit être affichée dans la SAUV. Cette liste affichée comporte obligatoirement le moyen d'appel d'urgence du personnel affecté à la SAUV.

L'ensemble du matériel doit être prêt à une utilisation immédiate. Le matériel est vérifié après chaque utilisation et au moins une fois par jour. La maintenance est effectuée au moins une fois par jour, grâce à la vérification régulière par le personnel de check-lists, régulièrement mises à jour. La vérification quotidienne du matériel (checklist) se fait par attribution nominative, sous la responsabilité du cadre infirmier, et apparaît dans un registre ad hoc.

## 10. ÉVALUATION

Comme pour le reste de l'activité du service, un registre de l'activité de la SAUV doit être mis en place et comporter au minimum les items suivants :

- état civil et origine du patient ;
- mode d'admission ;
- horaires et durée de prise en charge dans la SAUV ;
- motif d'admission dans la SAUV ;
- actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés lors de la prise en charge du patient par la SAUV ;
- devenir et orientation du patient.

Il est souhaitable de prévoir que soit régulièrement assurée une analyse qualitative des dossiers des patients pris en charge dans la SAUV dans le cadre d'une démarche qualité et une analyse collective par l'ensemble de l'équipe des situations ayant conduit à un dysfonctionnement ou un décès du patient.

## RÉFÉRENCES

- [1] Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en conseil d'État). Journal officiel no 109, 10 mai 1995, 7686-88. ([www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr)).
- [2] Décret no 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences et notifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets). Journal officiel no 109, 10 mai 1995, 7688-89. ([www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr)).
- [3] Décret no 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'État) Journal officiel no 109, 10 mai 1995, 8625-27 ([www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr)).



- [4] Décret no 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal officiel no 126, 1er juin 1997, 8627-28 ([www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr)).
- [5] Décret no 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal officiel no 126, 1er juin 1997, 8632 ([www.journal-officiel.gouv.fr](http://www.journal-officiel.gouv.fr)).
- [6] Critères d'évaluation des services d'urgence. Société francophone de médecine d'urgence. mars 2001.
- [7] Circulaire n° DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.
- [8] Recommandations concernant les transports médicalisés intrahospitaliers. Société française d'anesthésie et de réanimation. 1994.
- [9] Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts intrahospitaliers médicalisés. 1992.
- [10] Recommandations concernant les modalités de la prise en charge médicalisée préhospitalière des patients en état grave. 2001.