



RETARD DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES

Le point de vue du chirurgien

Le point de vue du Chirurgien



Chronique de la vie quotidienne 1

- «23h, Allo, c'est les urgences, on a reçu une fracture ouverte de la jambe»
- « OK, où se situe la plaie par rapport au trait de fracture et y-a-t-il une perte de substance cutanée, une ischémie ? »
- «Mais il y a l'attelle des pompiers qui immobilise le membre inférieur et cache la lésion cutanée... »
- «Merci de faire une radio, de regarder la plaie (Gustilo?) et d'examiner le patient puis de me rappeler.....»

8h30, le lendemain, le chirurgien découvre le patient dans son service avec une fracture Gustilo 3B soit plus de 12heures après le traumatisme!

Le point de vue du Chirurgien

Chronique de la vie quotidienne 2



- « 14h, Allo, c'est les urgences, on a reçu une fracture du poignet déplacée »
- « OK, comment est déplacée la fracture vers l'avant (côté pouce) ou vers l'arrière ? »
- « Heu.... vers l'arrière »
- « Très bien, avertis l'anesthésiste et le bloc pour une ostéosynthèse par broches »

Après le bloc anesthésique, le diagnostic lésionnelle est redressé par le chirurgien avec ostéosynthèse par plaque.....

Le point de vue du Chirurgien



Chronique de la vie quotidienne 3 :

- « 21h, Allo, c'est les urgences de l'hôpital éloigné de..., on vient de recevoir une fracture très ouverte de la cheville »
- « OK, vous n'avez pas un chirurgien d'astreinte ? »
- « Oui, nous l'avons contacté par téléphone mais il ne peut pas s'en occuper car il n'a pas de fixateur externe à disposition »
- « Comment ça, mais vous êtes bien un site de réception des urgences ? Votre chirurgien n'a qu'à parer la plaie au BO puis plâtrer et transférer ensuite le patient »

Le lendemain, le patient est admis dans le service avec le pilon tibial à l'air depuis plus de 12 heures (pas d'ambulance pour le transfert la nuit...)

Le point de vue du Chirurgien



Chronique de la vie quotidienne 4 :

- « 14h, Allo, c'est les urgences, on a reçu une fracture du col du fémur, le patient est à jeun, la Cs préanesthésie faite»
- «OK, c'est une fracture cervicale ou trochantérienne ?)»
- «Heu.... C'est une fracture du col quoi.....»
- «Très bien, prévient le bloc pour une PIH»

Patient sous AG, le diagnostic lésionnelle est redressé par le chirurgien avec synthèse par clou métaphysaire

Le point de vue du Chirurgien



- Fini le bon temps où les internes de chirurgie étaient en première ligne pour la réception des urgences
- Les premiers urgentistes et les pédiatres étaient peu ou pas intéressés par la chirurgie et déléguaient aux internes de médecine générale la gestion des problèmes chirurgicaux
- Amélioration nette de la prise en charge depuis la généralisation des téléphones portables avec SMS voire l'accès à l'imagerie par plateforme web
- Nécessité de se connaître et de travailler en confiance avec les urgentistes qu'il faut former à nos urgences
- La formation initiale des urgentiste et des pédiatres doit comporter des modules spécifiques pour la gestion de la traumatologie ostéoarticulaire