

Monitoring du patient traumatisé sévère du SMUR à la sortie de réanimation... voire du SSR

Dr Laure Jainsky, Médecin Urgentiste, CH Issoire - Réseau Urg'Ara
Dr Tobias Gauss, Médecin Anesthésiste Réanimateur, CHU Grenoble



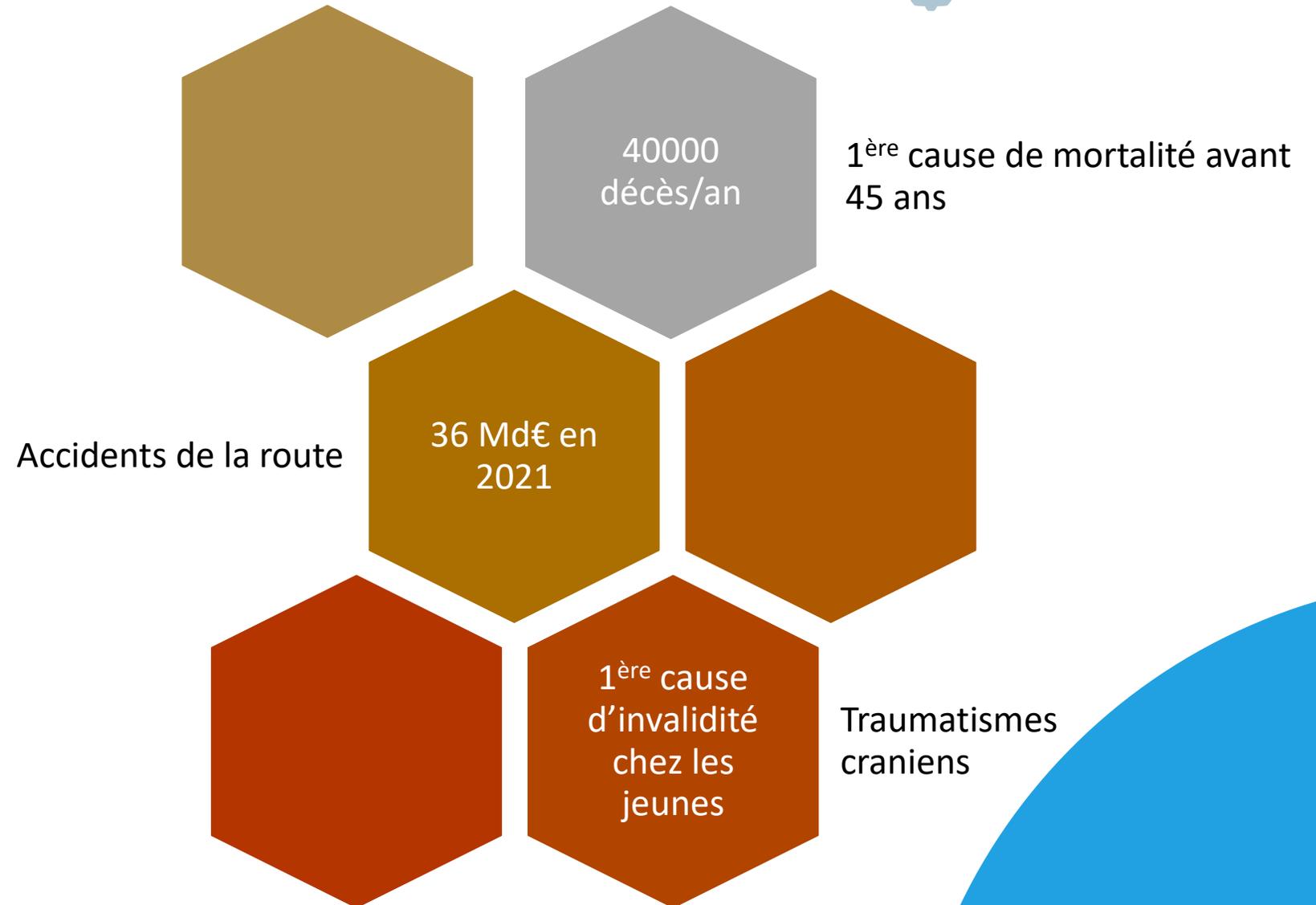
Pourquoi ?

Comment ?





Pourquoi ?



Données INSERM, SPF, ONSR

Monitoring du patient traumatisé sévère du SMUR à la s

Figure. Estimates of Funding for Various Research, Condition, and Disease Categories



The Toll of Death and Disability From Traumatic Injury in the United States—The “Neglected Disease” of Modern Society, Still Neglected After 50 Years

JAMA Surgery March 2017 Volume 152, Number 3

Kimberly A. Davis, MD, MBA
 Department of Surgery,
 Yale School of
 Medicine, New Haven,
 Connecticut.

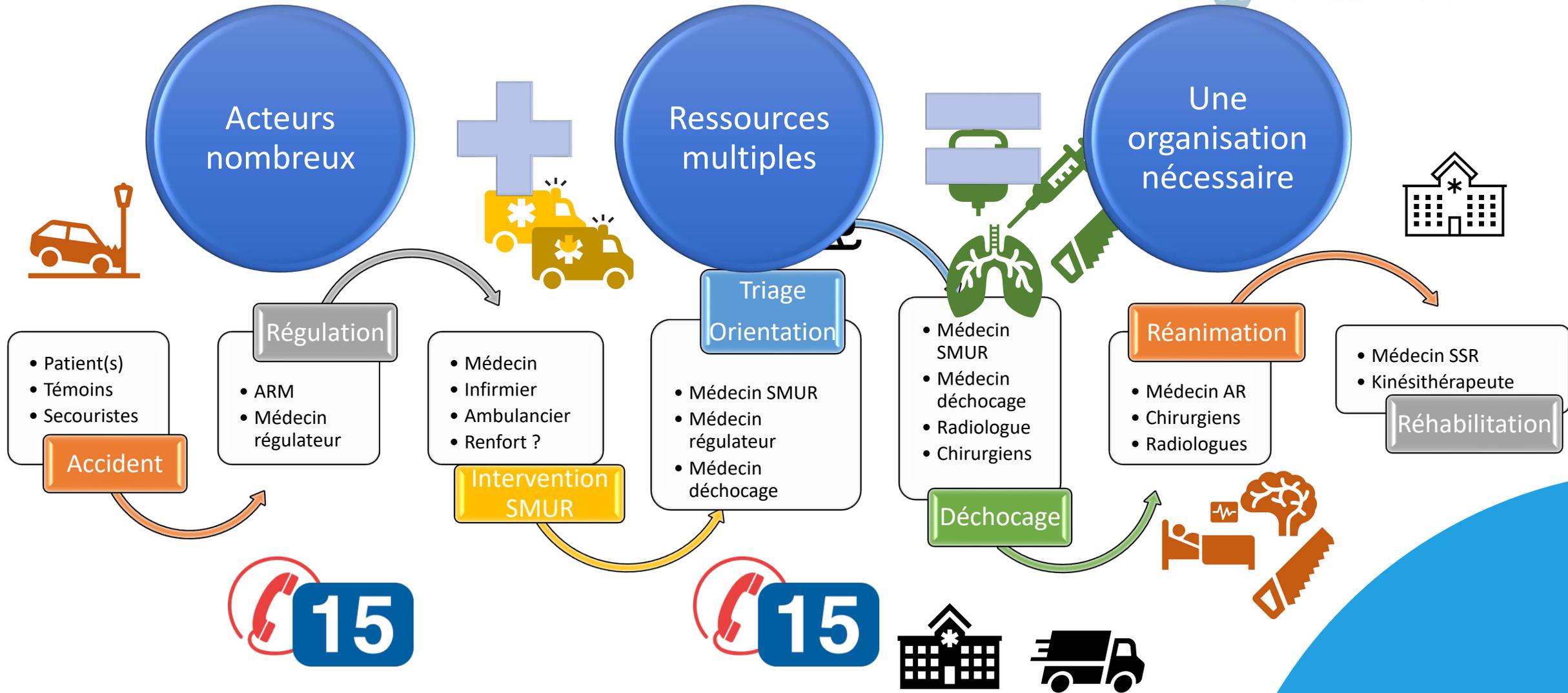
Timothy C. Fabian, MD
 Department of Surgery,
 University of
 Tennessee, Memphis,
 Memphis.

William G. Cioffi, MD
 Department of Surgery,
 Alpert Medical School,
 Brown University,
 Providence, Rhode
 Island.



A graphic demonstrating that trauma research is significantly underfunded relative to other disease processes. Reprinted with permission from Catherine A. Richards, PhD, MPH⁶; data are from Moses et al.⁷

Monitoring du patient traumatisé sévère du SMUR à la sortie de réanimation... voire du SSR FEDORU



Budget

- Financement
- Adéquation ressources



Comment ?



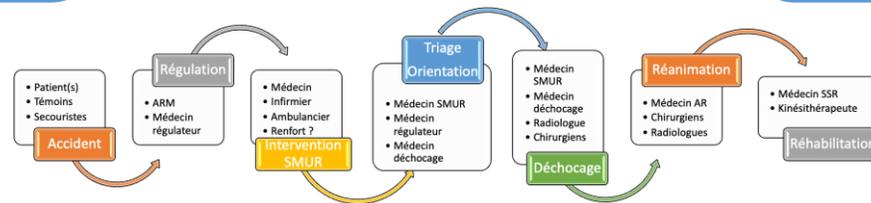
Evaluation

- Registre
- Benchmarking
- Recherche-Innovation



Gouvernance

- Pilotage
- Objectifs
- Suivi indicateurs



Pédagogie

- Médias
- Simulation
- Retour expérience



Référentiels

- Veille scientifique
- Acteurs terrain





Financement du réseau
par l'ARS



Mise à disposition de
médecins et d'ARC



Financement par la
recherche...



Un système structuré
coûte moins qu'un
système désorganisé

Budget

- Financement
- Adéquation ressources



Gouvernance

- Pilotage
- Objectifs
- Suivi indicateurs



Représentants d'établissements

Comité de gestion

Bureau



Groupes de travail
thématiques

Monitoring du patient traumatisé sévère du SMUR à la sortie de réanimation... voire du SSR



STEP 1 after handover c
1) RED (SHOCK), E

STEP 2 If :
- 1 organ fail
- 2 organs fail
- 3 organs fail
REASSESS every

Follow RED BUNDLE SHOCK BLUNT

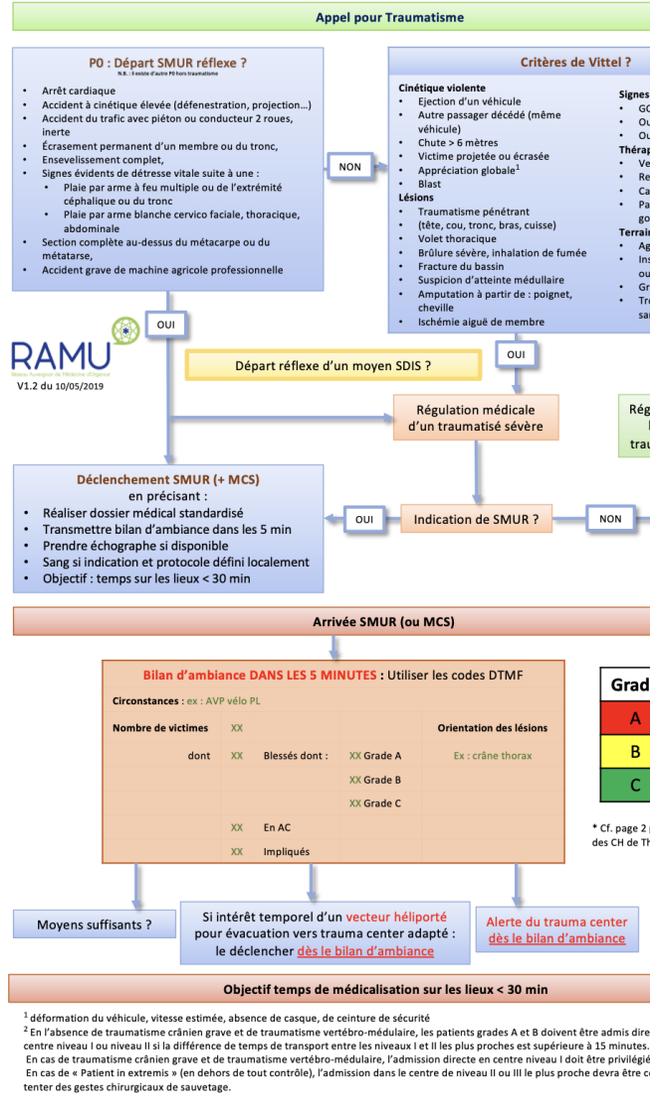
Follow RED BUNDLE SHOCK PENETR

Follow TBI BUNDLE

Isolated

1

Follow M



PRE PROGRAMME
« Printemps d'Urg'Ara »
ENS
15 Parvis René Descartes LYON
Jeuudi 11 mai 2023

08 H 30 - 09 H 00 : ACCUEIL DES PARTICIPANTS

Présentation du Réseau Urg'Ara
FILIERE COEUR CERVEAU : 9H30 - 11H10

Thématique : Arrêt cardiaque
RFE SFMU « régulation Arrêt cardiaque »
Référentiel régional Urg'Ara "Prise en charge de l'Arrêt Cardiaque"
Comparaison des prises en charge de l'arrêt cardiaque en France vs au Canada
ECPR, encore un avenir ? Le pour et le contre
Perspectives régionales de travail de la thématique Arrêt Cardiaque

11 H 10 - 11 H 40 : PAUSE

TRAUMATOLOGIE : 11H40 - 13H00

Thématique : L'arrêt traumatique
L'arrêt traumatique
Impact du temps en préhospitalier et mortalité
Stratégie de gestion de l'hémostase en préhospitalier ; Impact pratique en région ARA

13 H 00 - 14 H 30 : BUFFET

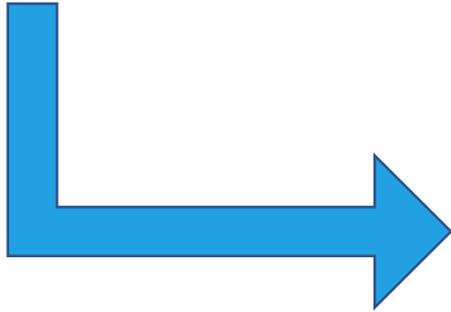
FILIERE ORGANISATION : 14H30 - 16H20

1/ Du point de vue du patient : Le rapport bénéfice risque
Embolie Pulmonaire
Que nous apprend un registre ? L'exemple du registre des patients sous anticoagulants
Les anti-XI : une alternative ?

2/ Du point de vue du soignant :
L'IPA en MU
Impact du sommeil sur nos performances

16H20 CLOTURE DE LA JOURNEE

Monitoring du patient traumatisé sévère du SMUR à la sortie de réanimation... voire du SSR FEDORU



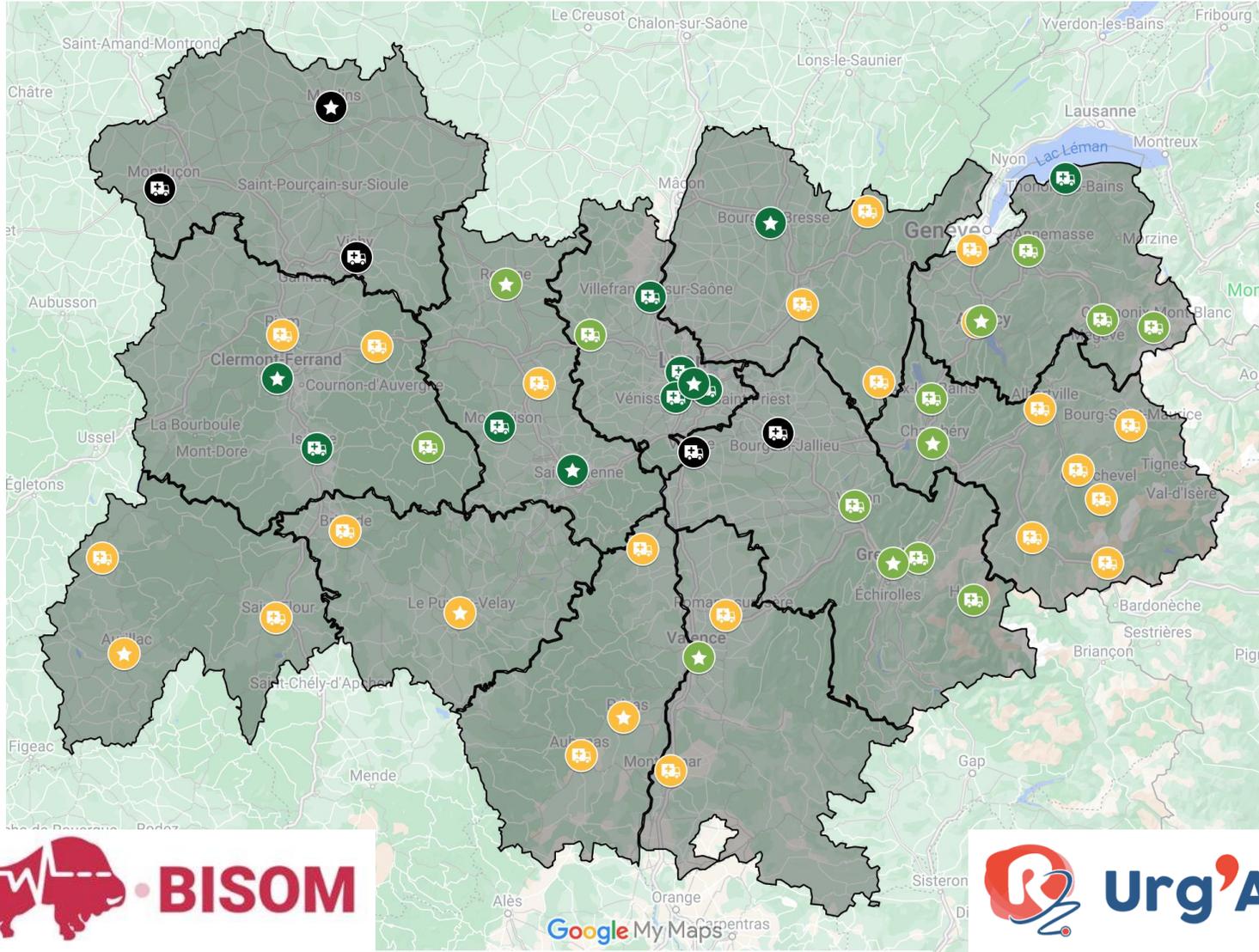
Evaluation

- Registre
- Benchmarking
- Recherche-Innovation



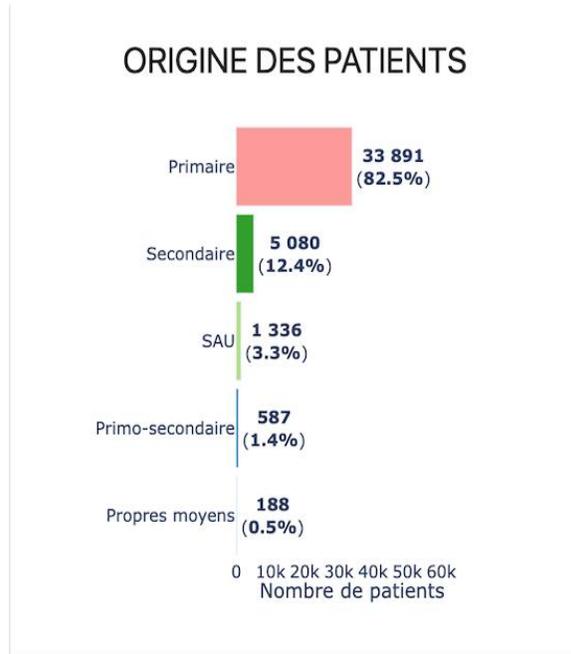
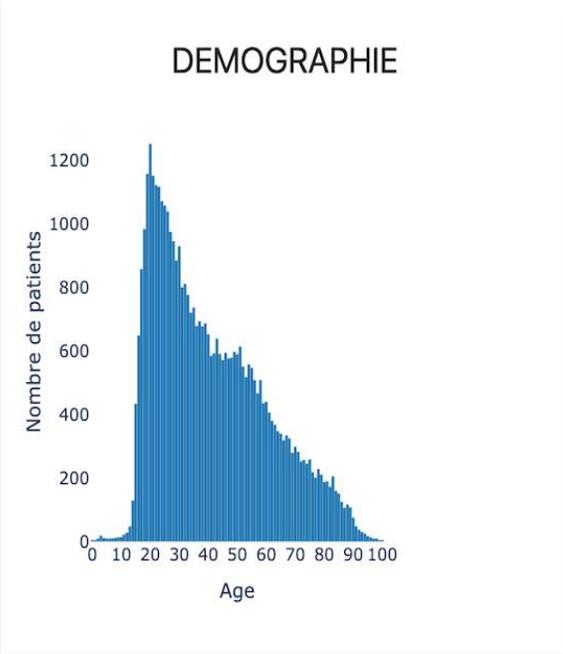
Monitoring du patient traumatisé sévère du SMUR à la sortie de réanimation... voire du SSR FEDORU

SI SMUR



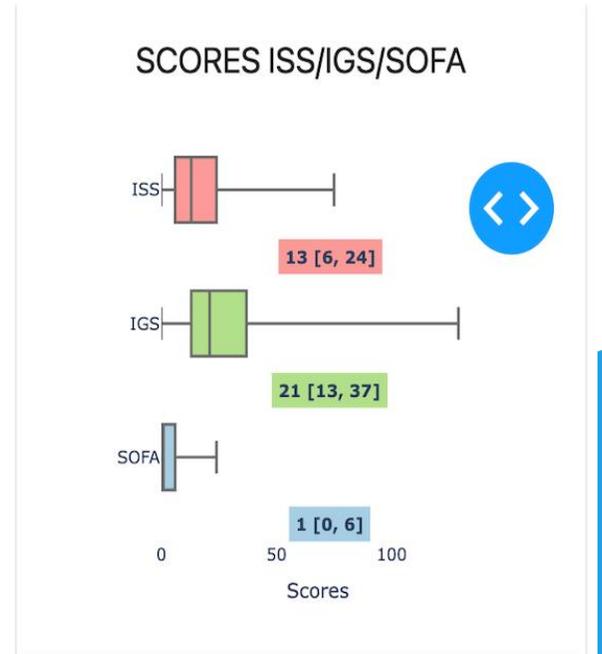
Synthèse de fin novembre 2010 à fin mars 2023

41 612 patients enregistrés	18 338 (44.1%) traumas graves (ISS ≥ 16)	11 121 (26.7%) TBI (lésion au scan)	2 807 (6.7%) chocs hémorragiques (4 CGR 6h jusqu'au 10/2021 puis 1 CGR 6h depuis le 10/2021)	20 085 (48.3%) interventions dans les 24h	9 700 (23.3%) cas d'intubation orotrachéale (IOT)	4 572 (11.0%) cas de cathécolamines	1 368 (3.3%) cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR)	8 jours de séjour à l'hôpital en médiane
---------------------------------------	--	---	--	---	---	---	--	--

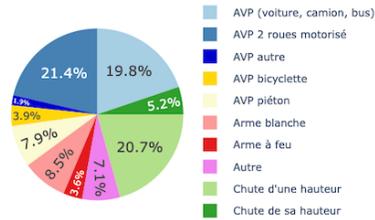


HOSPITALISATION

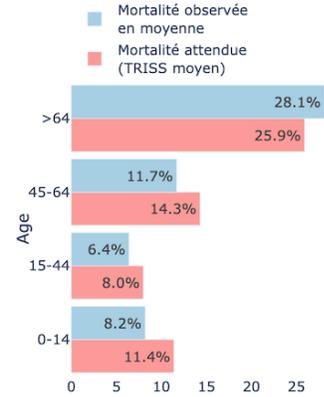
Soins critiques (38 550)	
Moins de 48h	10 403 (27.0%)
2 à 7 jours	19 298 (50.1%)
Plus de 7 jours	8 849 (23.0%)
Séjour à l'hôpital (36 286)	
Moins de 48h	9 540 (26.3%)
2 à 7 jours	8 282 (22.8%)
Plus de 7 jours	18 464 (50.9%)
Ventilation Mécanique (14 281)	
Moins de 48h	3 116 (21.8%)
2 à 7 jours	6 938 (48.6%)
Plus de 7 jours	4 227 (29.6%)



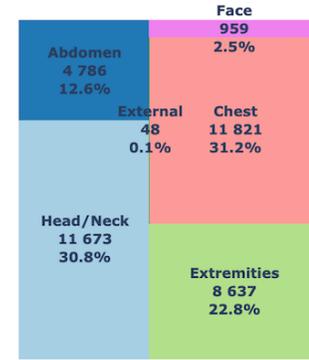
MECANISMES LESIONNELS



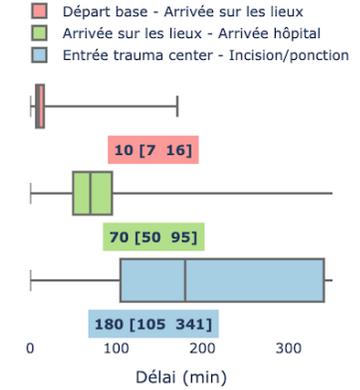
MORTALITE OBSERVEE/ATTENDUE



REGIONS AIS >=3

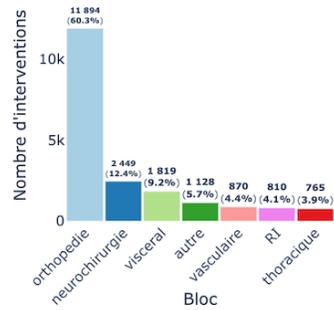


DELAIS (PATIENTS PRIMAIRES)



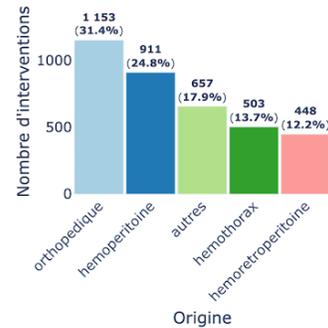
BLOCS DANS LES PREMIERES 24H

(Un patient peut avoir plusieurs interventions)



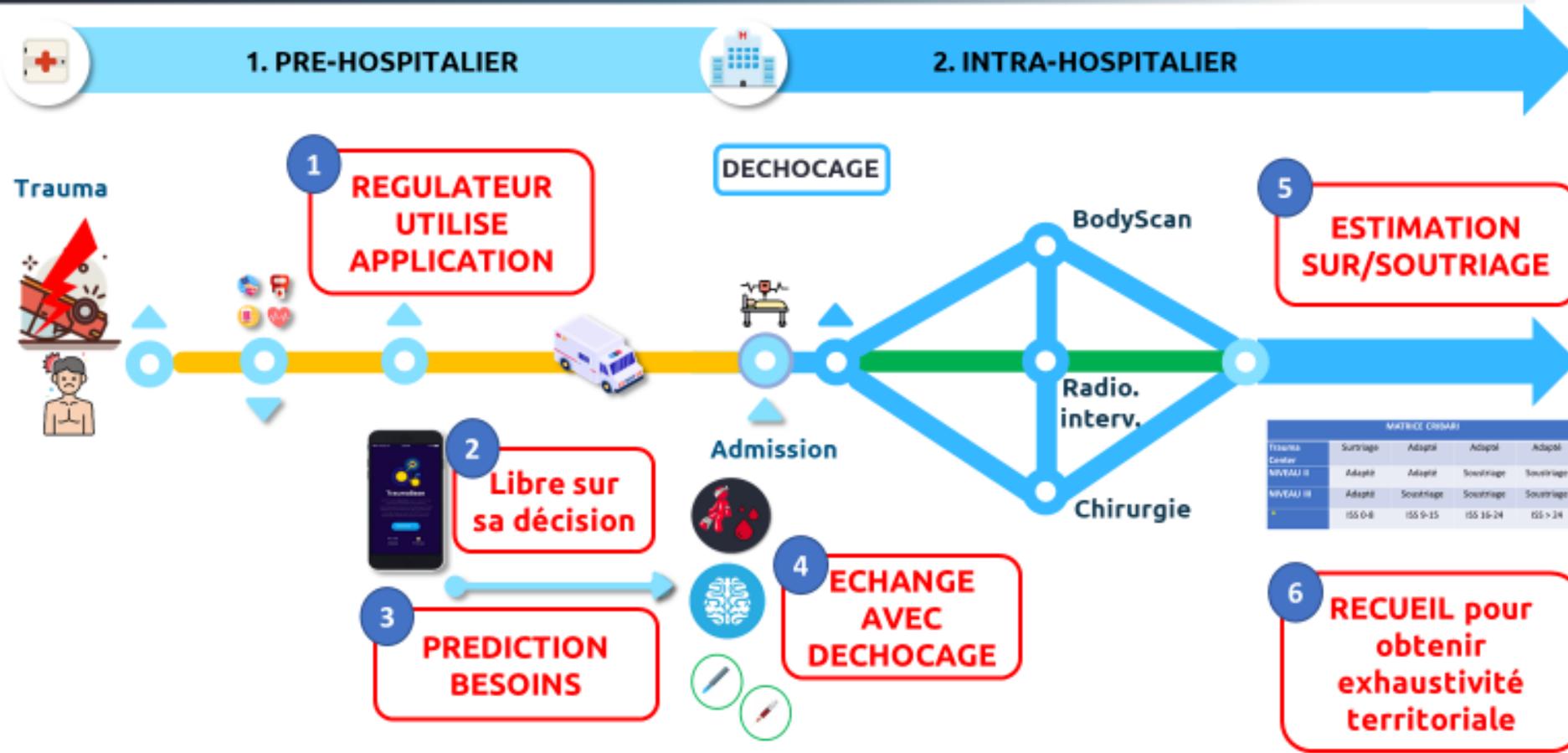
ORIGINE DE SAIGNEMENT

(ne concerne que les patients en choc hémorragique, un patient peut avoir plusieurs origines de saignement)



DEROULEMENT

1>2>3>4>5>6

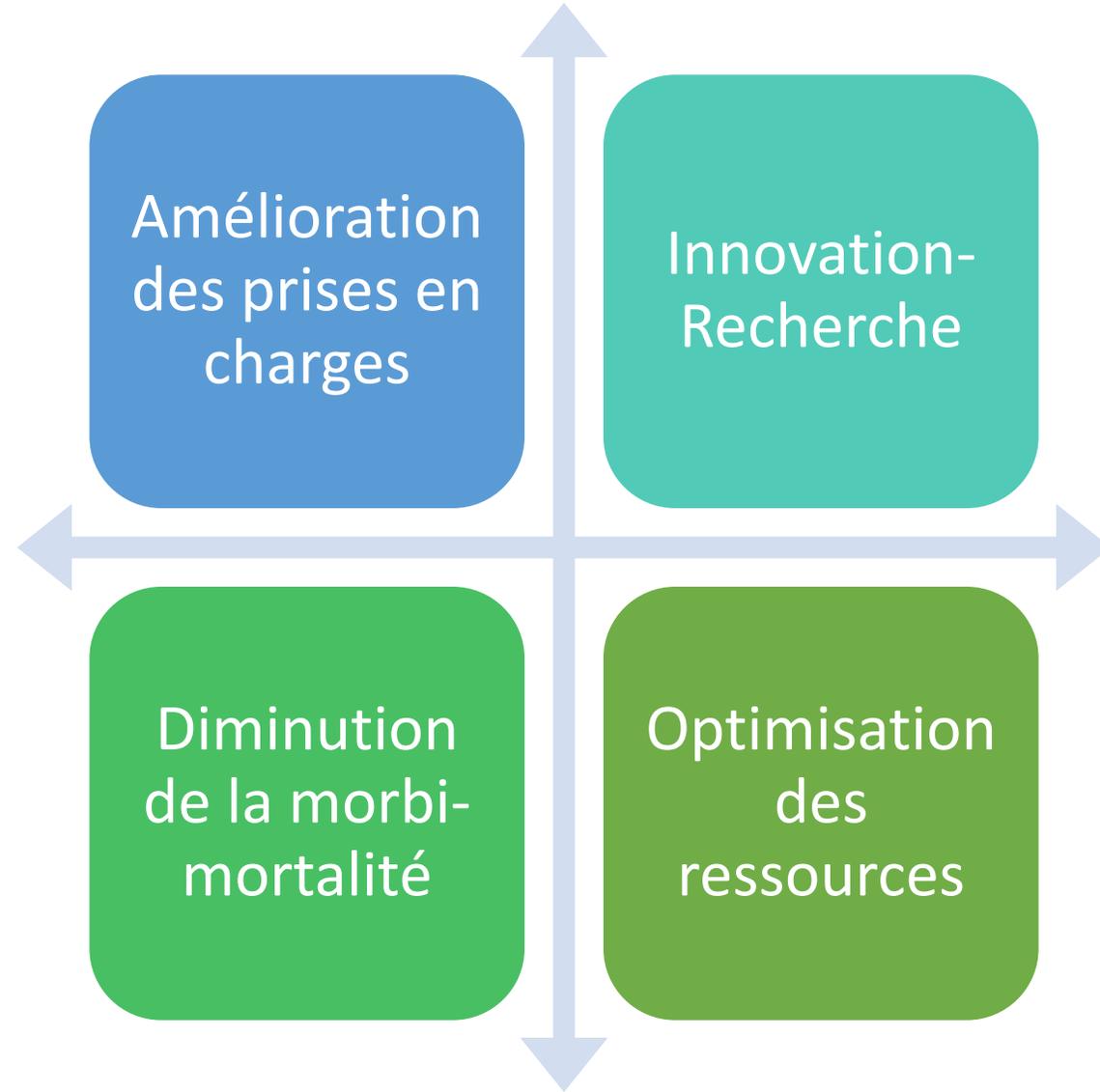


MATRICE CRMARI

Titulaire Centre	Soutirage	Adapté	Adapté	Adapté
NIVEAU II	Adapté	Adapté	Soutirage	Soutirage
NIVEAU III	Adapté	Soutirage	Soutirage	Soutirage
	ISS 0-8	ISS 9-15	ISS 16-24	ISS > 24

Projet PREPS
2023

Objectifs et Perspectives





FEDORU 2.0 > LES DONNÉES AU SERVICE DES URGENCES DE DEMAIN

RENCONTRES ET TÉMOIGNAGES