



Compte Rendu
Assemblée Générale Constitutive
Occi. TRAUMA du 15/11/2019

Présents : Frédérique Raynaud (MU CH Albi), Thomas Geeraerts (MAR CHU Toulouse), Fanny Vardon-Bounes (MAR CHU Toulouse), François Delbes (MU CHU Toulouse), Christophe Pauron (MU CHU Toulouse), Olivier Santos (IDE CHU Toulouse), Carole Shonubi (IDE CHU Toulouse), Cyril Lebris (MAR CH Béziers), Pauline Ségalas (MU CH Béziers), Edouard Jacquet (MU CH Val d'Ariege), Monique Tilton (ARS), Thomas Gaubert (MU CH Tarbes), Aurélia Lafitte (MU CH Tarbes), Sébastien Mur (CH Tarbes), Eléna Moréno Maestre (MU CH Carcassonne), Lionel Berthoumieu (Pédiatre CHU Toulouse), Hervé Mourou (Médecin ORU), Serge Breilit (MU CH Narbonne), Jean-Marie Bonnac (MU Narbonne, COLRU), Séverin Ramin (MAR CHU Montpellier), Pauline Deras (MAR CHU Montpellier), Arnaud Delahaye (MIR CH Rodez), Jonathan Manzanera (MAR CH Perpignan), Laurent Ortega (MU CH Perpignan), Olivier Barbot (MAR CH Perpignan), Marion Thivolle (MU CH Carcassonne), Véronique Ramonda (MAR CHU Toulouse), Marie José Jegou (MU CH Castres-Mazamet), Marie Isabelle Steinbach (MAR Castres-Mazamet), Fabrice Alcouffe (MU CH Montauban), Christophe Henry (MAR CH Albi), Sylvain Crindal (MU CH Albi), Marc Boyer (MU CH Albi), Nicolas Bounaud (MU CH Montauban, CMPMU), Jonathan Charbit (MAR CHU Montpellier)

1. Présentation du réseau et de la charte

Un bref historique de la structuration du réseau a été faite avec notamment un rappel sur le travail fait en ex Languedoc Roussillon en 2013 - 2014 et le travail effectué côté ex Midi-Pyrénées depuis 2 ans.

La volonté de créer un réseau unique en région Occitanie répond à une volonté de l'ARS et à une logique régionale d'harmonisation des procédures.

La volonté de créer une association répond à une volonté d'indépendance par rapport aux associations professionnelles existantes, à une volonté de meilleure visibilité du réseau et à terme à la possibilité de disposer d'un financement propre.

La charte de l'association qui reprend les grands principes de l'association (en annexe) a été adoptée à l'unanimité.

2. Vote des Statuts

Les statuts de l'association (en annexe) ont été adoptés à l'unanimité.

3. Bureau

Ont été élus à l'unanimité :

Président : Jonathan Charbit, Médecin Anesthésiste-Réanimateur, CHU Montpellier

Vice-Président : Nicolas Bounaud, Médecin Urgentiste, CH Montauban

Trésorier : Olivier Santos, IDE, Déchocage URM CHU Toulouse

Secrétaire : Fanny Bounes, Médecin Anesthésiste-Réanimateur, CHU Toulouse

4. Organisation du travail

Il y a une volonté de s'organiser en différentes commissions qui sont ouvertes à l'ensemble des personnes souhaitant s'investir dans la structuration du réseau :

- Commission pédagogique : *Thomas Geeraerts (MAR CHU Toulouse)*
- Commission communication et animation : *Nicolas Bounaud (MU CH Montauban)*
- Commission webmaster & application : *Séverin Ramin (MAR CHU Montpellier)*
- Commission protocoles et procédures :
 - Groupe Régulation / pré-hospitalier : *Nicolas Bounaud (MU CH Montauban), François Delbes (MU CHU Toulouse), Christophe Pauron (MU CHU Toulouse), Jean-marie Bonnec (MU CH Béziers), Xavier Bobbia (MU CHU Nîmes), Alexandre Flacher (MU CHU Montpellier)*
 - Groupe Déchoquage/SAUV : *Jonathan Charbit (MAR CHU Montpellier), Pauline Deras (MAR CHU Montpellier), Fanny Bounes (MAR CHU Toulouse), Antoine Rouget (MAR CHU Toulouse), Véronique Ramonda (MAR CHU Toulouse), Hélène Vinour (MAR CHU Toulouse)*
 - Groupe Réanimation : *Thomas Geeraerts (MAR CHU Toulouse), Séverin Ramin (MAR CHU Montpellier)*
- Commission registre : *Véronique Ramonda (MAR CHU Toulouse), Elodie Brun (MAR CHU Montpellier), Jonathan Charbit (MAR CHU Montpellier), Hervé Mourou (médecin ORU)*
- Commission RMM / retours d'expérience : *Fabrice Alcouffe (MU CH Montauban), Véronique Ramonda (MAR CHU Toulouse), Oriane Martinez (MAR CHU Montpellier)*
- Commission pédiatrie : *Sophie Breinig (MIR pédiatre CHU toulouse), Lionel Berthoumieu (MIR pédiatre CHU Toulouse), Claire Larcher (MAR pédiatre CHU Toulouse), Bernard Coustets (MAR pédiatre CHU Toulouse), Camille Tison (MU pédiatre CHU Toulouse), Jonathan Charbit (MAR CHU Montpellier)*
- Commission paramédicale : *Olivier Santos (IDE CHU Toulouse), Carole Shonubi (IDE CHU Toulouse)*

Partenaires et référents spécialistes

- Médecine de catastrophe :

- Hématologie clinique et transfusion : Fanny Bounes (MAR CHU Toulouse), Pauline Deras (MAR CHU Montpellier)
- Radiologies : Ingrid Millet (MAR CHU Montpellier)
- Radiologie interventionnelle :
- Chirurgie viscérale :
- Chirurgie urologique : Thibaut Murez (MAR CHU Montpellier)
- Chirurgie orthopédique :
- Chirurgie vasculaire & thoracique :
- Neurochirurgie :
- Rééducation : Claire Jourdan (MAR CHU Montpellier)
- Lien ARS : Monique Tilton
- Lien ORU : Hervé Mourou, Eric Deweerdt
- Lien Pompiers :

Le bureau lance un appel à candidature pour que les personnes intéressées par un groupe de travail se manifestent afin de faire avancer le travail de structuration du réseau. Par ailleurs, il est rappelé l'importance des référents locaux dans chaque centre hospitalier pour relayer les procédures, présenter le réseau à l'ensemble de la communauté médicale de son établissement (le bureau encourage une présentation en CME) et plus spécifiquement aux équipes impliquées dans la prise en charge des traumatisés sévères (le bureau encourage la réalisation de réunions avec ces équipes régulièrement).

5. Labélisation des centres, gradation des patients en pré-hospitalier et algorithme d'orientation

Un bref rappel est fait sur les recommandations étrangères et françaises récentes. Un bref rappel est fait sur le travail réalisé en ex-LR en 2013-14 et sur le travail fait en ex-MP depuis 2018. Il est souligné la volonté d'harmoniser les procédures à l'échelle de la nouvelle région Occitanie.

- Concernant la gradation des centres :

Une remarque est faite sur la notion de réanimation spécialisée et il est rappelé que ce ne sont pas les compétences des MAR qui importent principalement dans le niveau des centres, entre niveau 1a et 1b notamment, mais surtout le plateau technique et les compétences des centres.

- Concernant le gradation des patients et leur orientation :

- La gradation des patients se fait selon 3 niveaux (A, B ou C), établis selon les caractéristiques cliniques et anamnestiques pré-hospitalières (terrain, circonstances, clinique).

- 2 centres de recours sont notifiés :

CHU Toulouse (05 61 77 94 04) et CHU Montpellier (06 65 84 95 91) pour contact direct afin d'aider à orienter le patient.

- La régulation pour l'orientation des patients entre les CHU Toulouse Purpan et Rangueil se fera à partir du numéro unique donné qui a pour vocation de faciliter l'accueil du patient dans la structure de niveau 1 selon le plateau technique urgent nécessaire.

- Il est rappelé que la classification d'un patient en grade A engage les centres hospitaliers de niveau 1 qui doivent favoriser l'accueil de ces patients et permettre de simplifier la demande par exemple d'un SMUR de proximité pour l'admission en centre de niveau 1.

- Remarque sur le critère « intubation oro-trachéale en pré-hospitalier » comme critère de grade A, pouvant favoriser le surtriage. Il est établi que le réseau accepte le surtriage afin de limiter en conséquence le sous-triage, majorant la mortalité des patients. Pour le moment, ce critère grade le patient en grade A, mais pourra être rediscuté en fonction des retours d'expérience. De même concernant la question du critère "bassin avec instabilité mécanique" qui peut favoriser le surtriage, à rediscuter après retours d'expérience.

- La question de l'âge > 75 ans est soulevée comme critère classant d'emblée les patients **au moins** en grade C. Le réseau insiste sur le fait que quand on a plus de 75 ans, on doit aller dans un hôpital qui fait partie du réseau de traumatologie (minimum en niveau 3).

- Le réseau rappelle les « situations exceptionnelles » des patients classés grade A qui pourraient faire un stop dans un CH de proximité => instabilité HD majeure sous NAD ET hémopéritoine significatif à l'écho ET différence de temps de transport estimée entre niveau 1 et 2 > 30-45 minutes. Il faut bien sûr que chaque centre de niveau 2 travaille avec l'équipe chirurgicale et anesthésique de son CH pour savoir s'ils sont d'accord pour procéder à cette prise en charge urgente et la protocoliser (crâne grave avec saignement abdo actif nécessitant packing abdo ou splénectomie par exemple).

- Discussion sur la notion de "STOP TECHNIQUE" : il est rappelé que le but est de maîtriser les VAS, de sécuriser un abord veineux ou de récupérer des PSL mais pas de faire le bilan lésionnel. Il est rappelé que ces situations doivent rester exceptionnelles et ne doivent pas aboutir à la réalisation d'un body scanner qui ralentirait de manière importante la prise en charge traumatologique spécialisée. Mais il paraît opportun de laisser cette possibilité dans l'algorithme d'orientation.

- Le réseau souligne la nécessité de réaliser une cartographie ou « zonage » des départements pour faciliter l'orientation vers le centre adapté selon la gradation établie.

- La question d'inclure le CH de Pau dans le réseau est posée du fait de sa proximité avec Tarbes et des liens pré-existants. Si Pau est inclus, cela doit être écrit dans une convention.

- La méthode de travail retenue pour valider ces procédures est : diffusion des procédures à l'ensemble des référents du réseau, analyse des retours par le bureau et validation par le bureau.

6. Missions et Projets

- Contractualisation entre les hôpitaux et Occi.TRAUMA :

Proposition d'établir un contrat d'engagement pour chaque établissement hospitalier qui intègre le réseau : mise à disposition de temps médical et paramédical, engagement des moyens, respect des procédures et des protocoles ...

Pour cela, le réseau encourage les référents locaux à présenter l'association dans leur centre respectif en CME.

- Réflexion sur les moyens pré-hospitaliers :

Il est question de la création d'un SMUR régional pour réaliser les transports primaires et secondaires mais se pose le problème des moyens logistiques et humains :

- concernant les transports primaires : Il est suggéré de discuter l'envoi de l'hélico à vide depuis le CHU avec un transport du patient par l'équipe départementale qui l'a pris en charge initialement afin de limiter le recours aux équipes du SMUR régional (déjà sous dotés pour remplir les missions départementales). Mais cela nécessite un travail de formation au transport sanitaire hélicoporté (sécurité, matériels, procédures, ...) et probablement des conventions entre les SAMU-SMUR hélicoportés et les SAMU-SMUR ne disposant pas de ce moyen de transport.

- concernant les transport secondaires, il est souligné que ces transferts ne concernent pas que les patients traumatisés graves mais aussi les patients relevant d'autres filières.

Il est aussi question du rapatriement des patients sur-triés vers leur centre d'origine ou des patients n'ayant plus besoin du plateau technique spécialisé.

Le réseau souligne qu'il faut réfléchir aux moyens d'arriver à cet objectif. Une piste intéressante est de profiter des retours à vide des SMUR périphériques tout en comptant sur la disponibilité des services d'accueil des CH périphériques.

A noter que se pose aussi la problématique du coût du retour des patients vers les hôpitaux de périphérie une fois que le plateau technique n'est plus nécessaire car ces transferts sont à la charge actuellement du centre demandeur du retour du patient vers son CH d'origine.). Se pose également la question du financement de ces missions car cela ne relève pas des missions du SMUR à priori.

La commission régulation/pré hospitalier va faire des propositions pour arriver à cet objectif.

Le Pr Geeraerts souligne auprès de l'ARS la nécessité de débloquer des moyens pour favoriser l'efficacité du réseau, favoriser les transferts...

Il est acté que cette problématique des moyens pré-hospitaliers doit être une priorité du réseau mais nécessite un investissement de l'ARS

- Réflexion sur l'avis aux centres de références après bilan lésionnel dans les niveaux 1b et 2.

- Nécessité d'une procédure avec une ligne unique du réanimateur qui coordonne l'accueil dans le centre potentiellement receveur. C'est à dire que selon les lésions objectivées en hôpital de proximité, le réanimateur des centres de recours Toulousain ou Montpelliérain doivent centraliser les appels et se charger de répondre à la question posée par la structure de proximité.

- Le réseau souligne l'importance de la télémédecine avec des transferts d'images efficaces. Il semble que cela soit le cas dans le secteur Ouest - CHU Toulouse mais pas dans le secteur Est - CHU Montpellier. Il serait souhaitable par ailleurs qu'une connexion des PACS entre les 2 "sous-régions" soit faite.

- Fluidification de la filière pédiatrique

Le réseau rappelle que les procédures doivent être adaptées à la filière pédiatrique et aux particularités entre les deux secteurs Ouest et Est.

Il est proposé de travailler à une harmonisation des procédures de gradation et d'orientation des enfants en pré-hospitalier.

Il est rappelé l'importance du numéro unique, de retravailler les critères de gradation en intégrant l'âge, de recenser localement les compétences chirurgicales et anesthésiques par les référents locaux.

Une présentation des procédures mises en place secteur Ouest - CHU Toulouse est faite.

Il est proposé que la commission pédiatrique travaille l'harmonisation de ces procédures qui seront ensuite diffusées à l'ensemble des référents locaux. Leurs retours seront ensuite analysés et le bureau validera les procédures pédiatriques comme pour les procédures adultes.

- Développement de protocoles régionaux

C'est une mission importante du réseau : mise en place de protocoles comme la transfusion massive, la réalisation d'un Body TDM, la gestion du trauma crânien grave...

Chaque groupe de la commission protocoles et procédures doit travailler à la réalisation de ces protocoles et procédures afin d'harmoniser et d'améliorer les prises en charge.

- Réflexion sur le lien avec la médecine de catastrophe

Il est souhaitable de tisser des liens forts avec les personnes qui travaillent localement et régionalement à l'organisation de la réponse aux diverses catastrophes.

Le réseau souligne l'importance de discuter des liens à mettre en place avec le Centre de Réponse à la Catastrophe nouvellement créé (Pr Vincent Bounes, SAMU 31).

- Commission paramédicale :

La dynamique paramédicale (O Santos, C Shonubi) est encouragée : référents locaux afin de diffuser les protocoles, développement des transports inter-hospitalier infirmiers, développement des protocoles de coopération dans le cadre des IDE en pratique avancée, participation à la formation (intégrer les IDE dans le public cible du DU)

A noter l'adresse mail contact paramed : reseauparamedtrauma@orange.fr à diffuser

7. Diffusion / communication

- Création du site internet Occi.TRAUMA

<https://reseauoccitraumadotfr.wordpress.com>

Il est proposé que sur les sites internet des CH, des collèges ou de l'ORU il y ait un lien vers ce site afin de ne pas multiplier les sources avec le risque qu'il y ait des erreurs de documents

- création également d'une application "Dans ma blouse"

8. Formation / Evénements :

- Objectif d'un DU régional dès l'année 2020. La maquette est en cours d'élaboration.

- Réflexion en cours sur de la formation par simulation

- Objectifs : . organiser une journée Occi.TRAUMA tous les ans pendant laquelle se tiendra l'AG de l'association. A priori plutôt en octobre ou novembre

. organiser localement une journée secteur Est - CHU Montpellier et une journée secteur Ouest - CHU Toulouse tous les ans afin de garder une dynamique locale. A priori plutôt en mars ou avril.

L'objectif de ces journées est de faire remonter les problématiques à l'aide de retours d'expérience ou de RMM, de faire des mises au point théoriques sur les dernières recommandations par exemple, de présenter les procédures et protocoles du réseau, ...

9. Registre :

Un Registre est nécessaire pour avoir une vision des flux de patients, pouvoir s'évaluer et avoir une réelle vision des besoins.

Il existe une dynamique nationale en cours pour fédérer un codage proche de la TRAUMABASE. Registre adapté pour les patients qui sont hospitalisés en Niveau 1 ou en réanimation mais très peu adapté pour les patients moins graves, qui ne vont par exemple qu'aux urgences.

- Existence d'un registre local au CHU de Montpellier depuis 2010, en cours de transformation pour pouvoir être codé par des AMA. Suit la logique de la TRAUMABASE

2 philosophies à séparer

• Vision universitaire (complet et précis) avec comme objectif principal des publications

• Vision benchmarking, centré sur les moyens utilisés dans le réseau, délai, les conditions de transfert et les flux de patients

L'une des questions principales reste « Qui remplit la base ? ». Nécessité d'un financement ARS pour organiser un codage pérenne autour d'ARC !!. Une des idées serait que les ARC se déplacent dans les différents centres ou communiquent avec eux pour procéder au codage et remplissage des registres.

Travail avec l'ORU sur une fiche d'intervention SMUR alimentée en temps réel [le moins de texte libre possible] qui serve de dossier patient. Complément intéressant pour optimiser le recueil des données pré-hospitalières. Nécessité de diffusion dans tous les SMUR et les unités pompiers. Nécessité de les récupérer à posteriori par l'ARC (format papier ou numérisé).

10. Divers

- Rappel du rôle décisif des référents locaux, médecins urgentistes et anesthésistes-réanimateurs pour la réussite du réseau :
 - présentation du projet en CME
 - groupe de travail local avec les chirurgiens, les radiologues, l'EFS...
 - diffusion des procédures et des protocoles
 - faire remonter les dossiers pour les retours d'expérience et RMM

- Rappel sur la nécessité d'inciter les autres spécialités impliquées dans la prise en charge des traumatisés graves à s'impliquer dans l'association.

- Nécessité de solliciter l'ARS pour financer le renfort des moyens logistiques et humains pré hospitaliers, les activités d'évaluation (registre) et de formation (DU, Journée du réseau). Une audience avec le directeur de l'ARS va être sollicitée