

Organisation filière de soins finistérienne dédiée aux traumatisés sévères

TRYBU 16/10/2023

Dr Geslain

Département d'Anesthésie-Réanimation

Département de Médecine d'urgence



Organisation territoriale Finistère



Historique

Mise en place d'un nouvel algorithme de triage en 2018

AVANT 2018

- Triage selon critères de Vittel
- Prise en charge en SAUV si patient adressé au CHRU
- Transfert en réanimation si besoin

APRES 2018

- Triage selon algorithme
- Patients grades A/B adressés en réanimation chirurgicale



Triage préhospitalier

Patient traumatisé sévère (Finistère et départements limitrophes) régulé par SAMU 29

**GRADE A
INSTABLES**

**GRADE B
CRITIQUES
« STABILISES »**

**GRADE C
STABLES**

> 0,9

Index de choc

< 0,9

CHU – Niveau 1

OUI

Critères cliniques :

- Trauma pénétrant
- Suspicion de lésion vasculaire/NCH
- Fracture de bassin
- Brulures étendues

NON

CHU ou CH – Niveau 1-2

Triage intra hospitalier

Patient traumatisé sévère (Finistère et départements limitrophes) régulé par SAMU 29
Après premier examen SMUR

GRADE A

- TCG
- Instauration amines
- Ventilation mécanique

GRADE B

- TC modéré
- PAS 90-110 / PAM 65-80 et/ou
FC > 110/min
- Sat < 93% AA

GRADE C

- TC léger
- PAS > 110 – PAM > 80
- Sat > 93% AA

Appel Rea chir

Place disponible

NON

Appel SAUV par MAR Rea Chir

Réanimation chirurgicale

SAUV

Axes de travail depuis 2018

- Evaluation de la mise en place de l'algorithme de triage sur la population des patients de réanimation
- Analyse de la mortalité évitable des traumatisés sévères entre 2016 et 2022
- Travail collaboratif pluridisciplinaire



Evaluation du triage (2016-2020)

**949 patients traumatisés sévères
admis en réanimation chirurgicale**

342 exclus

607 inclus

260 avant 2018

347 après 2018

Evaluation du triage (2016-2020)

Caractéristiques patients

- Age moyen 45
- ISS moyen 26
- Principalement TCG (1/3 des patients) et traumatismes thoraciques

Evaluation du triage (2016-2020)

Temps clés de prise en charge

- Modification délai de prise en charge avec accès à un monitoring HMD invasif si nécessaire plus rapide après 2018
- Délai de TDM plus long de 10min en moyenne
- Pas de différence sur délai d'accès au traitement urgent

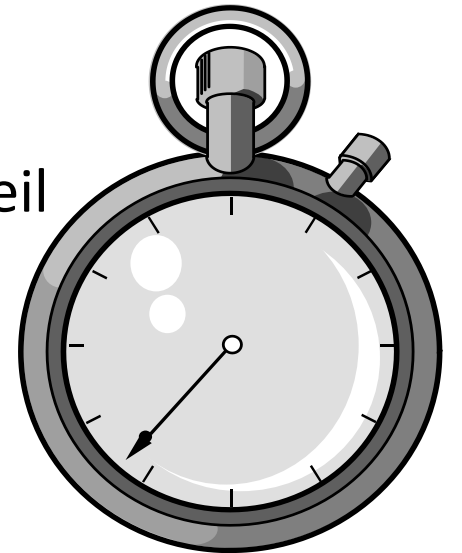
Evaluation du triage (2016-2020)

Mortalité/Durées de séjour

- Pas de différence sur mortalité
- Durées de séjour/VM plus courtes après 2018

Concept de « morts évitables »

- Mal/non quantifiée en France
- Facteurs contributifs :
 - Sous-estimation de la gravité
 - Retard de prise en charge
 - Inexpérience/inadéquation des structures hospitalières d'accueil



La mortalité évitable : définition

- **Mortalité évitable** :
 - ✓ Lésions ou séquelles compatibles avec la survie
 - ✓ Décès pouvant être évités par une prise en charge adaptée
 - ✓ Standards de soins clairement non réalisés causant directement ou indirectement le décès
 - ✓ Probabilité de décès faible, ISS < 20

La mortalité évitable : définition

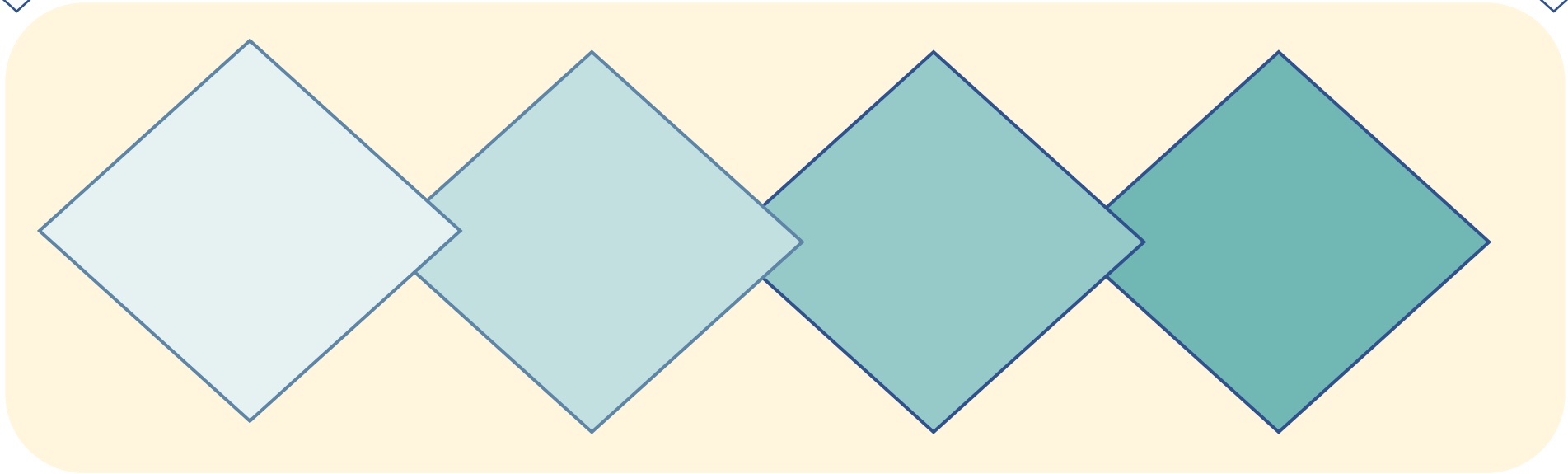
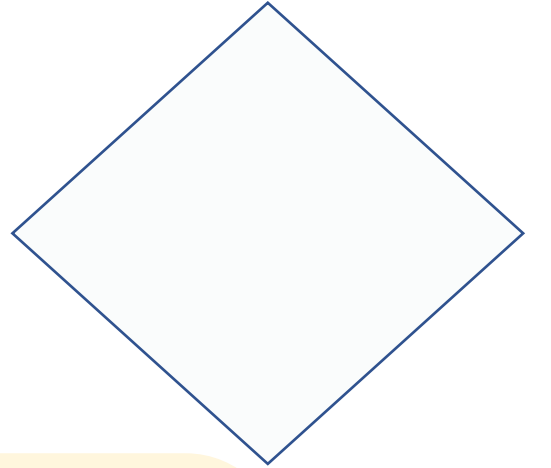
- Mortalité potentiellement évitable :

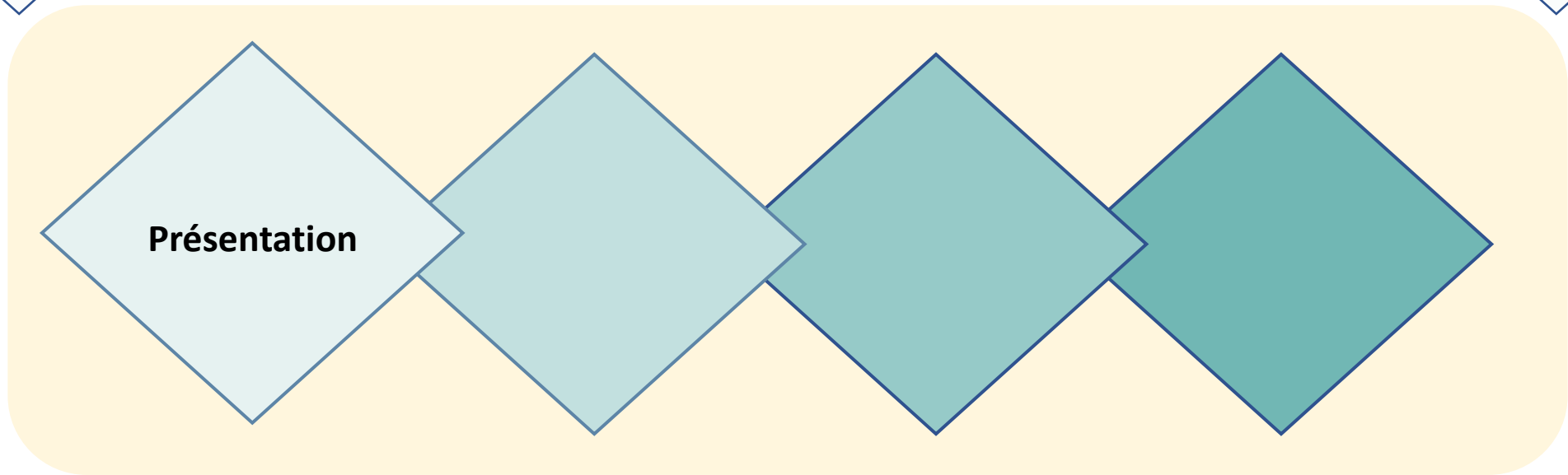
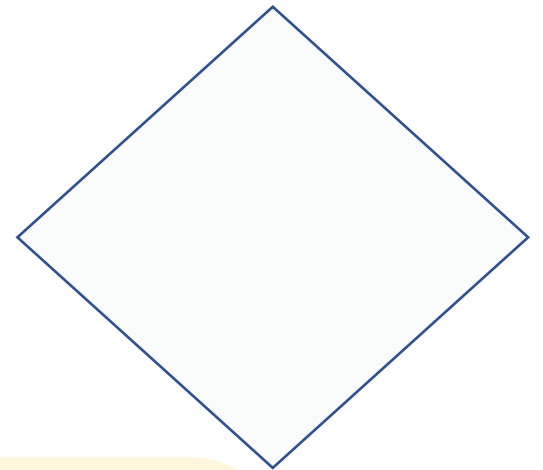
- ✓ Lésions ou séquelles envisagées sévères mais considérées comme compatibles avec la survie
- ✓ Décès pouvant probablement être évités avec une prise en charge adaptée
- ✓ Prise en charge globalement respectée mais non-respect de certains standards de soins pouvant directement ou indirectement être responsable du décès
- ✓ Probabilité de survie intermédiaire, ISS compris entre 20 et 50

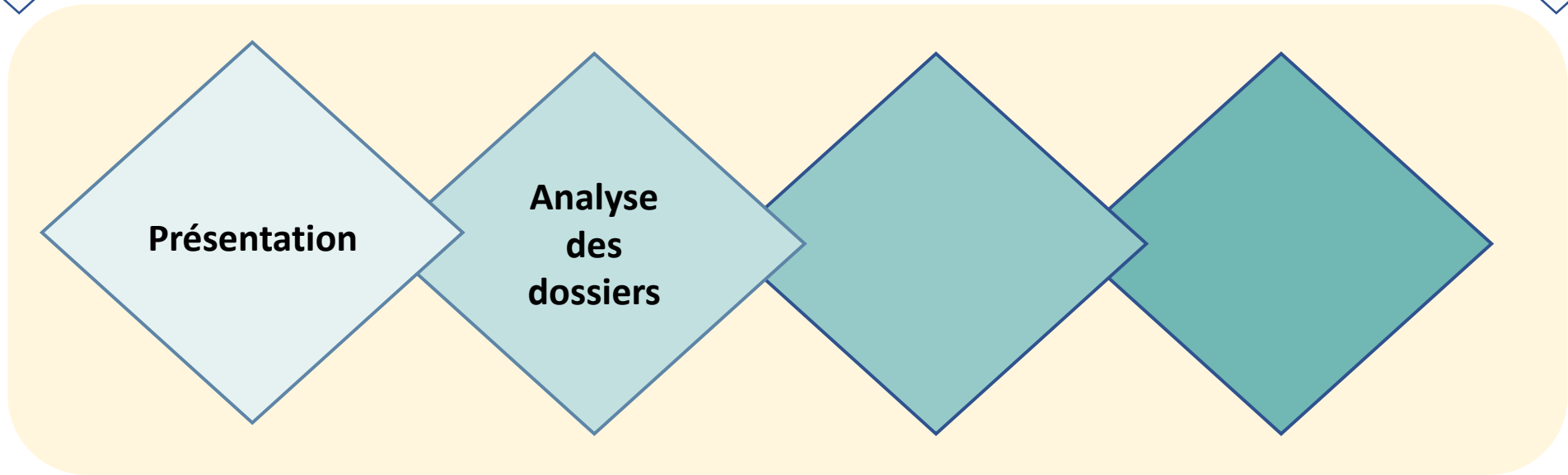
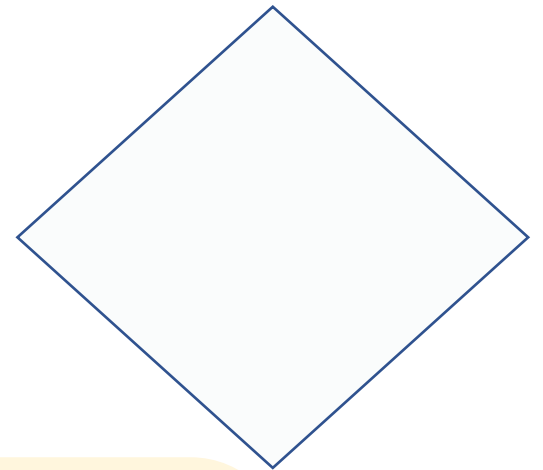
La mortalité évitable : définition

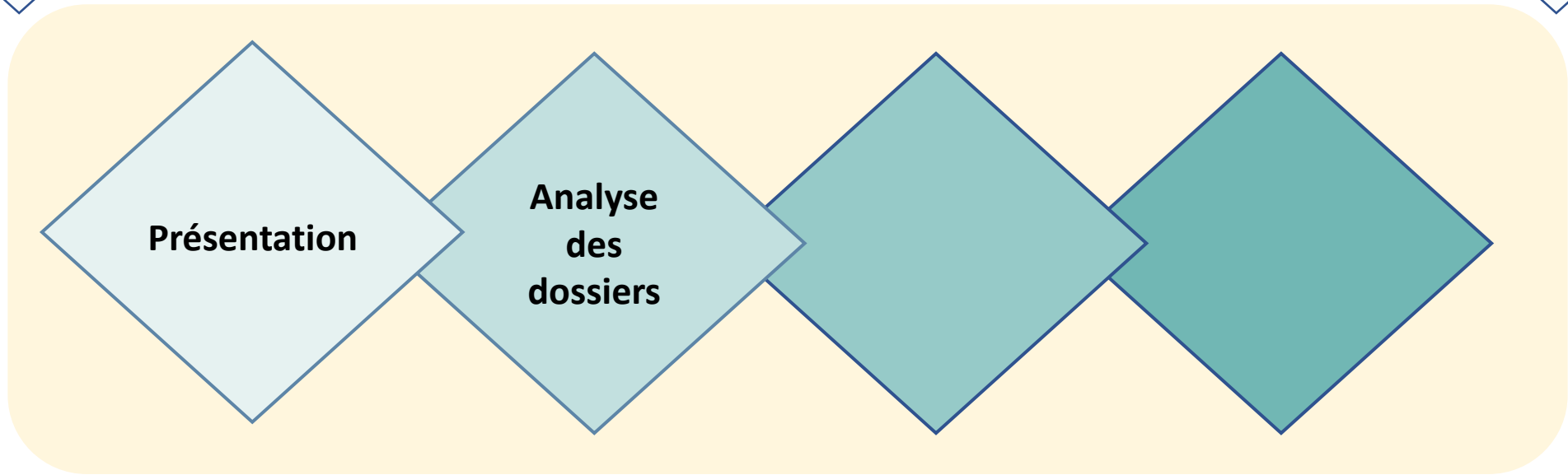
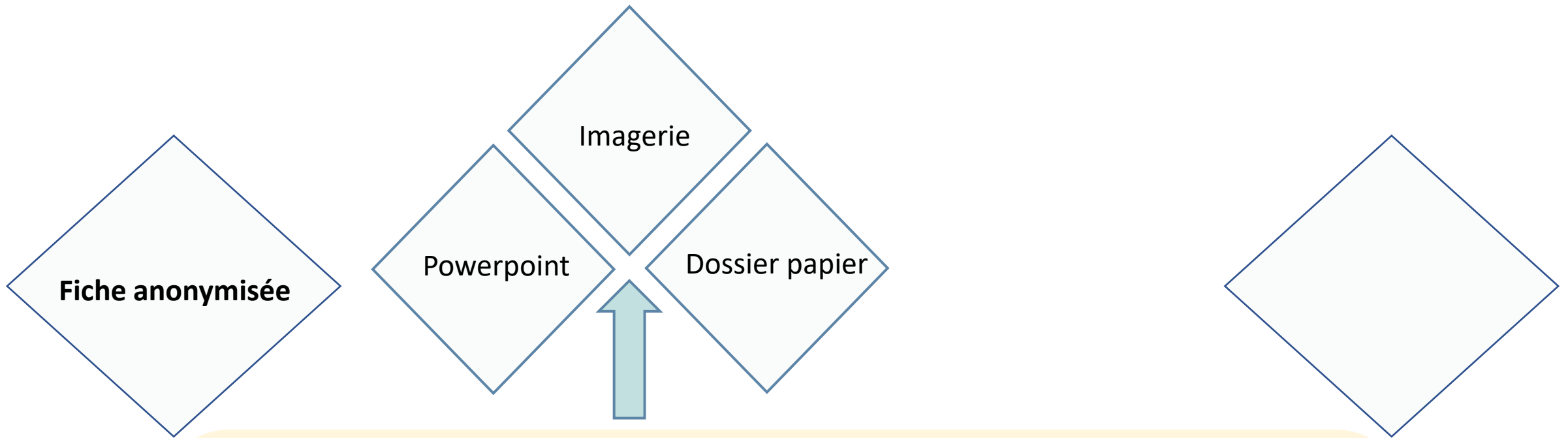
- Mortalité non évitable :

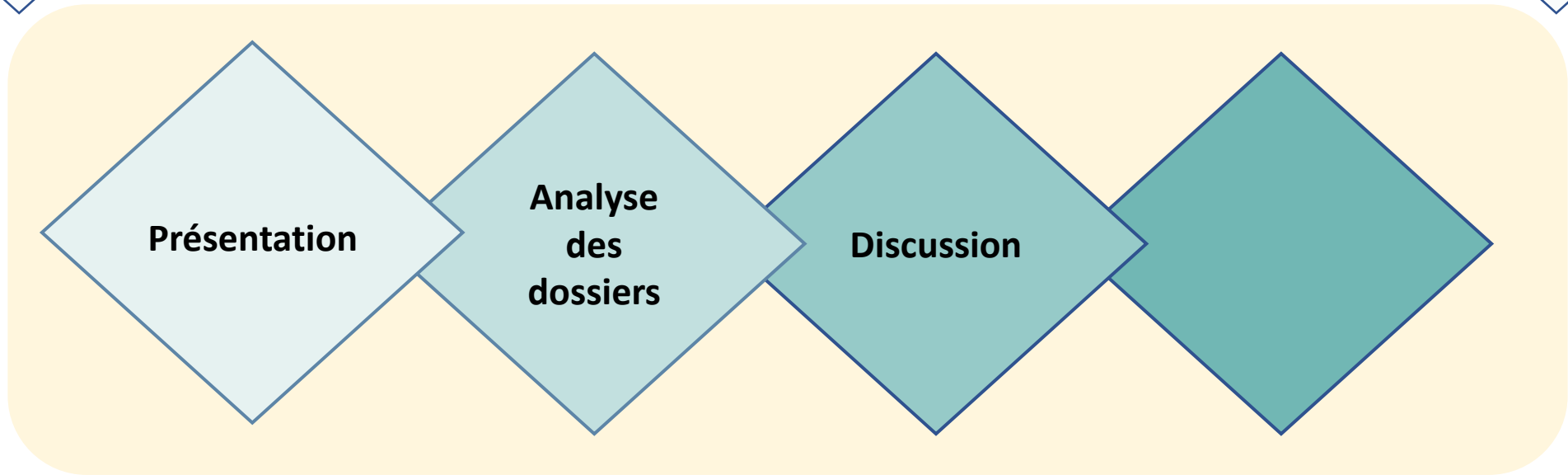
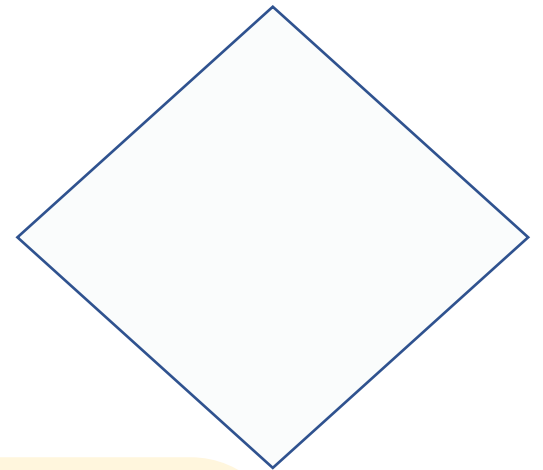
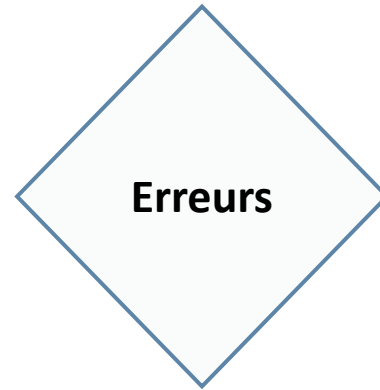
- ✓ Lésions ou séquelles non compatibles avec la survie
- ✓ Prise en charge appropriée selon les standards de prise en charge actuelle
- ✓ Si les patients présentent des comorbidités, elles sont en majeure partie responsables du décès.
- ✓ Probabilité statistique de survie faible, ISS > 50

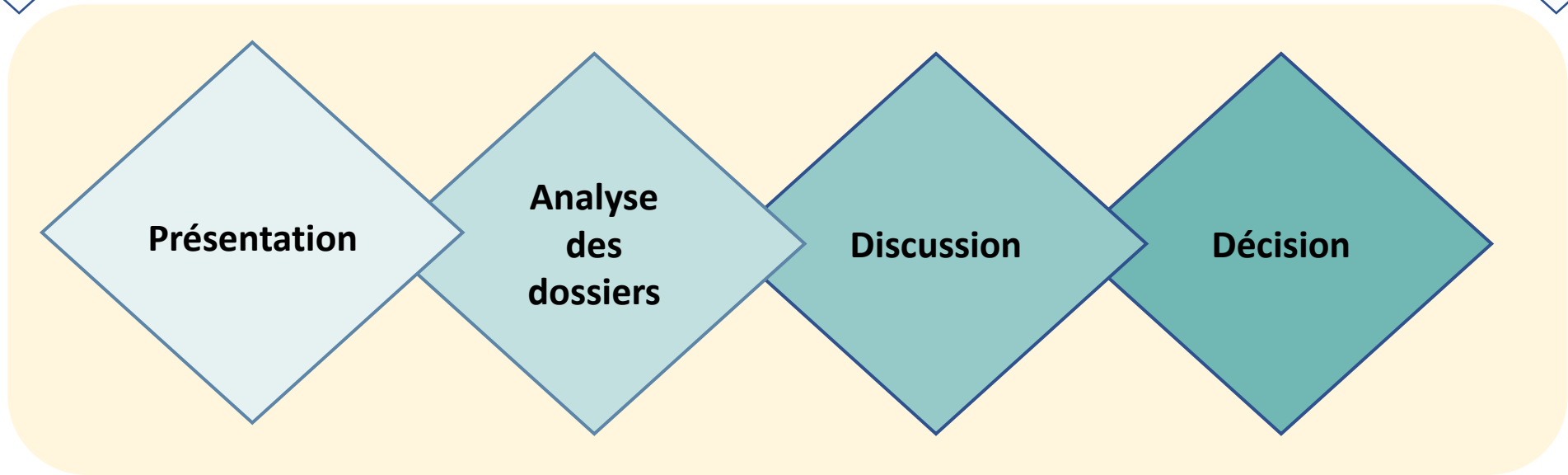
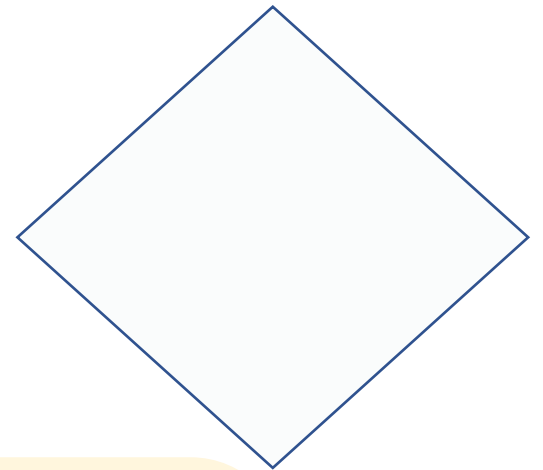


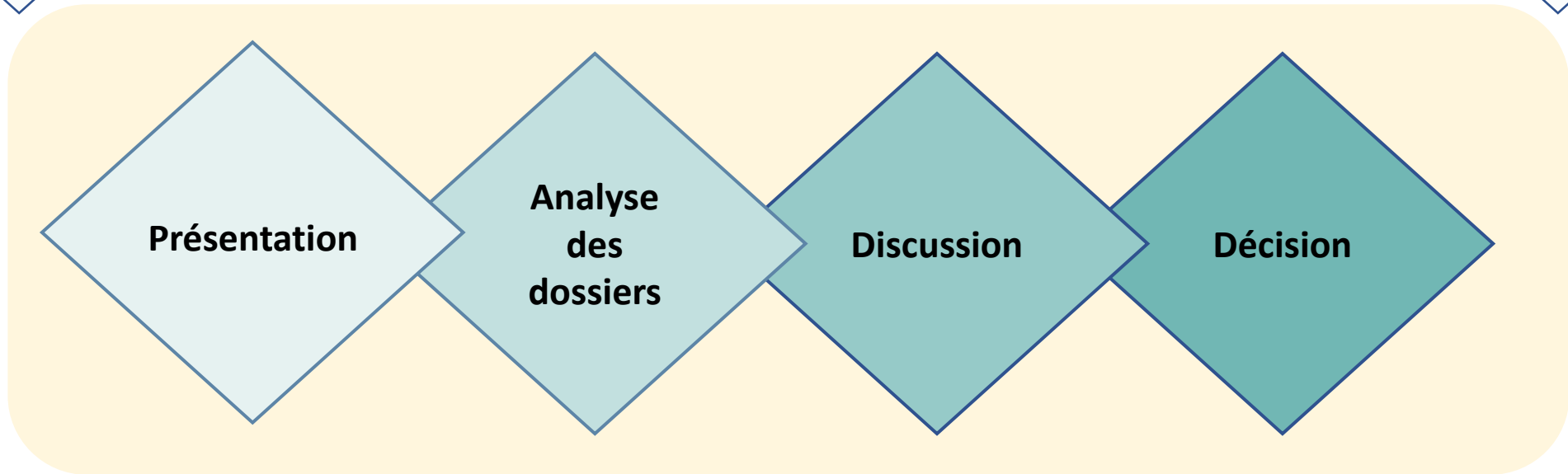








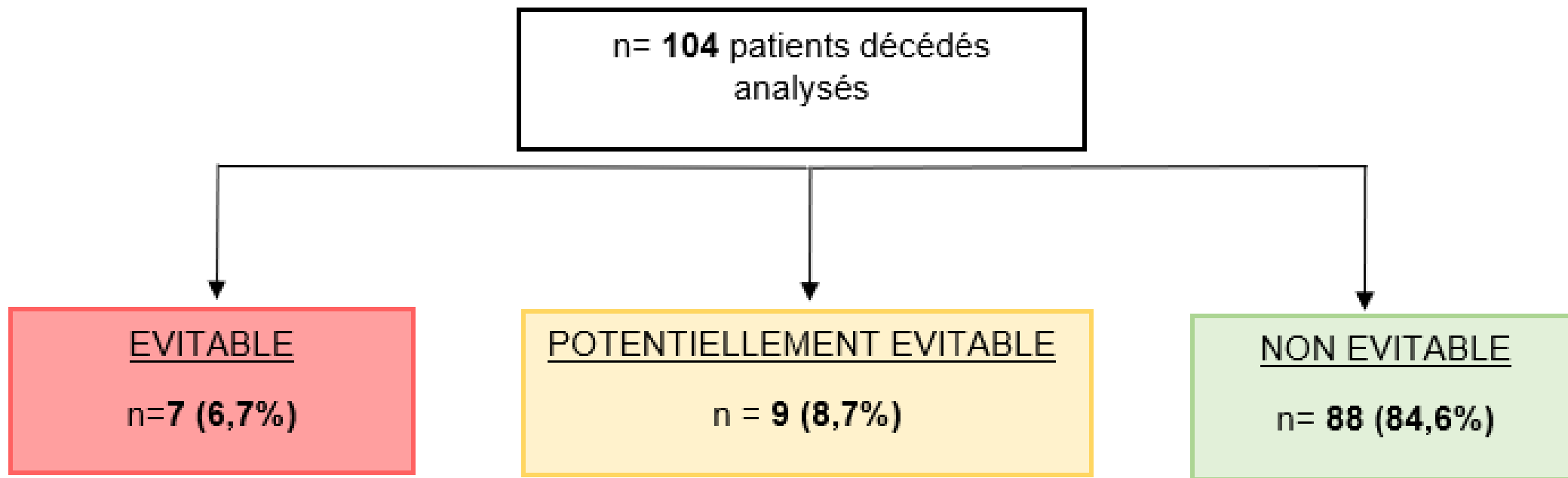




Evaluation de la mortalité évitable (2016-2020)

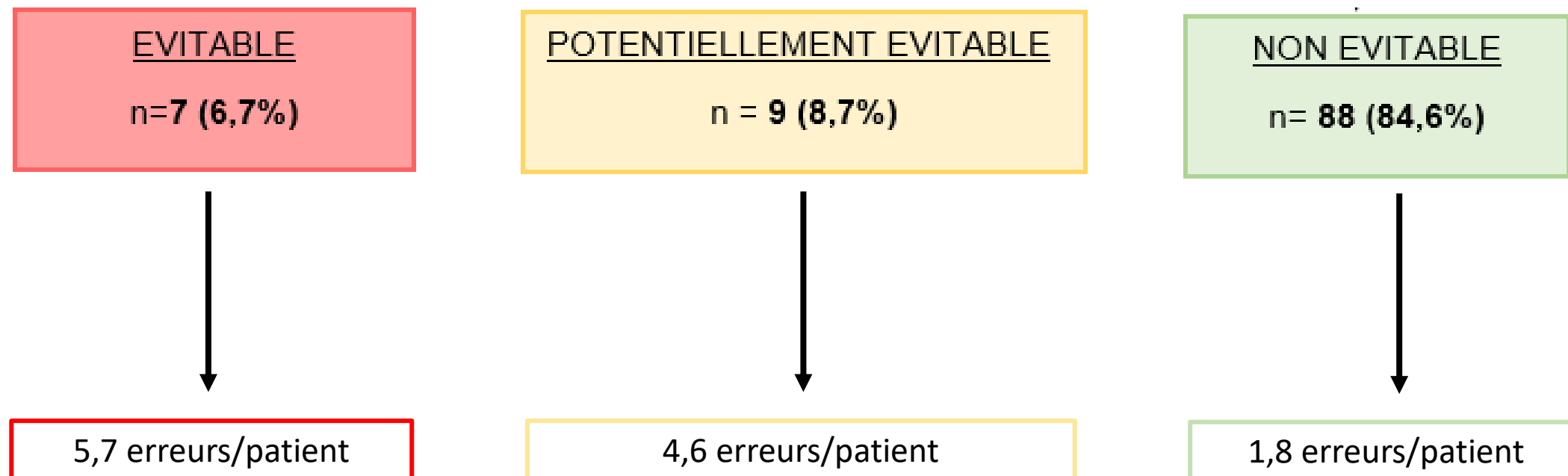
Résultats

- 15 réunions multidisciplinaires (Décembre 2020 – Février 2021)



Taux global de mortalité évitable de **15,4%**

Evaluation de la mortalité évitable (2016-2020)

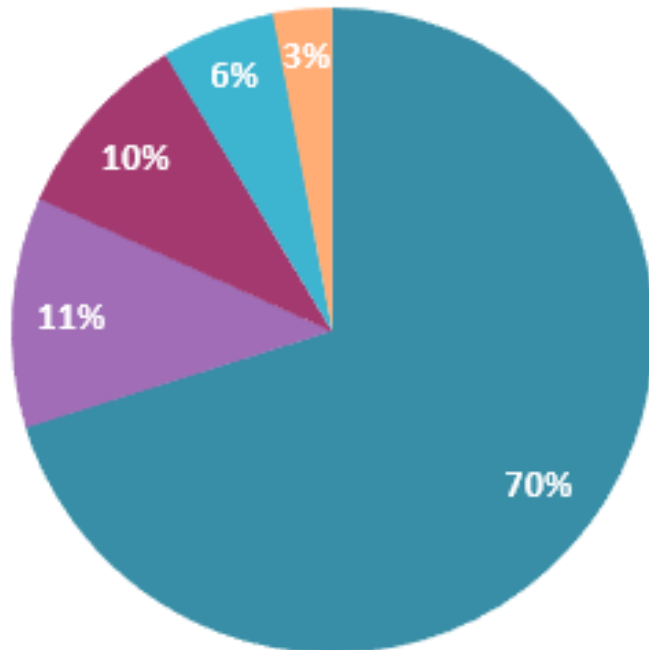


n = 33 (32%) des patients pour qui la prise en charge a été optimale

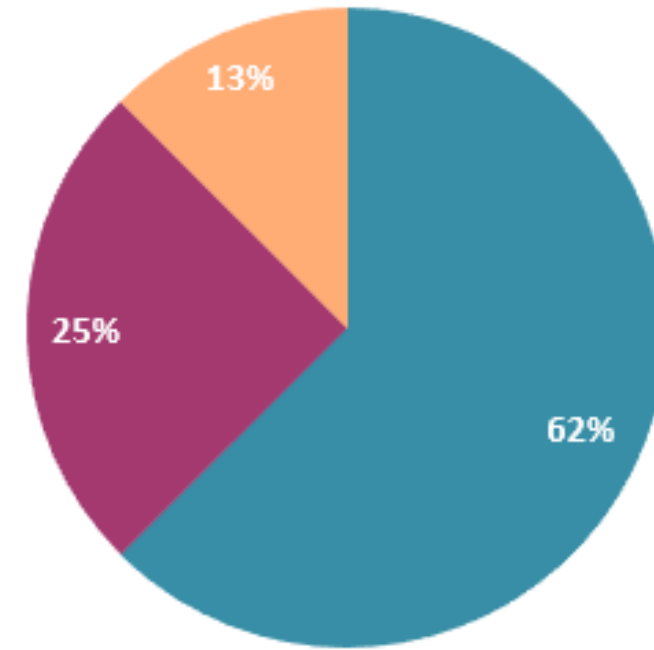
Evaluation de la mortalité évitable (2016-2020)

Causes décès

Morts totaux



Morts évitables et potentiellement évitables



Traumatismes crâniens

Chocs hémorragiques

Evaluation de la mortalité évitable (2016-2020)

- Patients moins graves en pré hospitalier dans le groupe évitable
- Erreur de triage associée aux décès évitables

Analyse de la mortalité évitable : délais

- Délais TDM/traitement urgent/initiation amines/transfusion allongés dans le groupe décès évitables





Conclusion



- Système de soins complexe => Réseau de soins dédié avec travail collaboratif spécialisé pluridisciplinaire
- Triage crucial, impact sur les délais de prise en charge
- Analyse de la mortalité évitable : moyen de cibler axes d'amélioration

