

Cahier des charges régional

Prise en charge du patient traumatisé grave



Sommaire

Introduction	Page 4 - 5
I. Prérequis	Page 6 - 7
II. Cadre général	Page 8
III. Les engagements	Page 9 - 16
IV. Annexe n°1 :	Page 17 - 21



Glossaire

CPOM : Contrat pluri annuel d'objectif et de moyen

MIG : Mission d'intérêt général

PDS : Permanence des soins

PDSES : Permanence des soins en établissement de santé

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SAU : Service d'accueil des urgences

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Introduction

1. Objet du cahier des charges

Ce cahier des charges a pour objet de définir les engagements contractuels auxquels seront soumis les établissements de santé assurant la prise en charge des patients traumatisés graves en Ile de France. Il s'agit dans ce présent document d'en décrire les principales modalités.

Ce cahier des charges ne traitera pas des situations exceptionnelles faisant l'objet de dispositifs spécifiques (Plan Blanc, Hôpital en tension...).

2. Périmètre

Ce cahier des charges vise à identifier les sites assurant l'accueil des patients traumatisés graves en Ile de France lors des horaires de journée et aux horaires de la PDSES.

3. Définitions

La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (18h30 – 8h30).

La continuité des soins se définit comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de la permanence des soins. C'est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins.

4. Durée

La durée concernée par ce cahier des charges est d'un an renouvelable, à compter de la date effective de la mise en place du nouveau dispositif de prise en charge des patients traumatisés graves.

5. Valeur juridique

Ce cahier des charges décrit les engagements contractuels qui seront repris dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passés avec les établissements de santé concernés.

6. Modalités de rédaction

- Elaboration

Ce cahier des charges a été écrit grâce à la précieuse collaboration d'experts et de professionnels de la région Ile-de-France. Les remerciements de l'ARS Ile-de-France s'adressent particulièrement à :

Pr Benoît VIVIEN	–	SAMU 75, Hôpital Necker
Pr Bruno RIOU	–	Hôpital Pitié Salpêtrière
Pr Catherine PAUGAM-BURTZ	–	Hôpital Beaujon
Pr Christophe TRESALLET	–	Hôpital Pitié Salpêtrière
Pr Jacques DURANTEAU	–	Hôpital Bicêtre
Dr Agnès RICARD-HIBON	–	SAMU 95, Centre Hospitalier René Dubos
Dr Mourad BOUDIAF	–	Hôpital Lariboisière
Pr Philippe CORNU	–	Hôpital Pitié Salpêtrière
Pr Philippe CLUZEL	–	Hôpital Pitié Salpêtrière
Dr Sébastien BEAUNE	–	Hôpital Ambroise Paré
Pr Thierry BEGUE	–	Hôpital Antoine Beclère
Dr Thomas GREGORY	–	Hôpital Européen Georges Pompidou

I. Prérequis

Au niveau régional, le périmètre de la réorganisation de la prise en charge des patients traumatisés graves doit s'envisager autour d'un réseau comprenant les SAMU, les établissements accueillant les urgences 24h sur 24h (sites MCO autorisés à l'accueil des urgences adultes), et les centres habilités à prendre en charge ces patients.

Il apparaît nécessaire au groupe de travail d'émettre des constatations essentielles :

- L'offre de soin étant constituée d'un nombre restreint d'établissements susceptibles d'assumer la prise en charge de ces patients, la prise en charge de ces urgences doit s'envisager aussi en dehors des horaires habituels de la PDSSES et être élargie à tout le nyctémère : il semble plus pertinent au groupe d'experts de décrire des parcours de soins identiques le jour et la nuit.
- Le cahier des charges s'intéresse à la prise en charge des patients adultes traumatisés graves, mais dans la pratique, dès l'adolescence, la prise en charge est superposable à celle de l'adulte.
- La prise en charge du patient traumatisé grave ne peut s'envisager que dans une approche globale incluant toutes les dimensions, spécificités et obligations s'imposant aux différents intervenants (régulation médicale, services d'accueil des urgences, services de réanimation, SSPI, chirurgie viscérale et orthopédique, neurochirurgie, radiologie...).
- Les coopérations et les conventions entre établissements de santé sont à encourager.
- Cette organisation ne peut s'envisager sans une évaluation stricte du dispositif.

II. Cadre général

1. Activités concernées

Ce cahier des charges traite exclusivement de l'activité de prise en charge des patients traumatisés graves.

2. Organisation

Des parcours de soins spécifiques doivent être mis en place afin de sécuriser la prise en charge des patients franciliens. Ces parcours de soins, établis sur la base des critères de Vittel, sont décrits en annexe n°1.

3. Horaires

PDSES 24h/24h et 7j /7j assurant la prise en charge des patients traumatisés graves.

4. Financement

Les établissements participant au dispositif décrit dans ce cahier des charges se verront attribuer un financement spécifique sous forme de MIG PDSES. Ce financement permettra essentiellement la mise en place du dispositif de gardes et astreintes médicales aux horaires de la PDSES. D'autres crédits afférents à cette mission pourront être délégués de façon forfaitaire pour cette mission (accompagnement de la mise en place, système d'information, évaluation, prestations d'accompagnement....) en fonction des crédits disponibles.

III. LES ENGAGEMENTS

Il s'agit ici de décrire les engagements contractuels auxquels devront souscrire les établissements devant assurer la PDS pour la prise en charge des patients traumatisés graves. Ces engagements seront retranscrits dans les avenants aux CPOM des établissements.

Par ailleurs, certains de ces engagements devront être partagés par les établissements de la région afin de constituer un réseau d'établissements complémentaires efficient (particulièrement l'engagement n°6). Ainsi la consultation du comité de suivi régional PDES sera nécessaire.

1. Organiser la PDS

Plusieurs sites assurent la PDES pour la prise en charge des patients traumatisés graves. Les établissements doivent être parfaitement identifiés et affichés dans le Répertoire Opérationnel des Ressources.

2. Mettre en place une gouvernance interne et régionale de la PDES

Afin de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs internes et externes concernés par cette organisation et de garantir un parcours de soins coordonné et sécurisé pour le patient, les établissements assurant la permanence des soins devront, dans le respect de l'indépendance des établissements, mettre en place un dispositif assurant une gouvernance interne et territoriale du projet. Ce dispositif permettra notamment de :

- Présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées en précisant les différentes modalités (protocole d'organisation des lits d'aval, transferts, coordonnateur, articulation avec les services de régulation médicale...). L'adhésion de toute la communauté médicale devra être recherchée.
- Définir clairement les différentes modalités opérationnelles d'organisation (accueil des patients, fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, transferts) et de liaisons externes (coordonnateur, articulation avec les services de régulation médicale...).
- Mettre en place une politique de gestion des risques spécifiques à la PDES et articulée avec la politique de gestion des risques de l'établissement.
- Suivre et évaluer la nouvelle organisation
- Mettre en place un référent PDES dans l'établissement. Ce référent pourra être commun à toutes les spécialités PDES de l'établissement. Il sera le contact privilégié de l'ARS et des autres référents PDES des établissements du territoire.

3. Mettre en place quotidiennement un coordinateur sénior accessible

Un praticien senior, anesthésiste-réanimateur, doit être désigné chaque jour par l'établissement en tant que coordinateur. Pour l'extérieur comme pour l'intérieur, il existe un contact unique de l'établissement pour organiser l'admission et la prise en charge des patients. Seul un praticien senior peut être responsable de cette coordination.

Ce praticien s'assure notamment, si nécessaire, de la disponibilité des équipes impliquées (au minimum : équipes chirurgicales, radiologue, anesthésistes...) et des salles de blocs opératoires en temps utile, avant d'accepter un patient traumatisé grave dans l'établissement.

Ce contact devra être clairement identifié dans un tableau de service établi par l'établissement et affiché dans le ROR. Il dispose d'un numéro d'appel permanent et accessible de l'extérieur ainsi que des outils de communication nécessaires lui permettant de remplir sa mission.

4. Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDES

- Ressources humaines

Une équipe multidisciplinaire de permanence, médicale et non médicale, coordonnée par l'anesthésiste-réanimateur, sera mise en place par l'établissement. Ce dispositif devra être conforme aux décrets en vigueur (notamment pour les infirmiers de bloc opératoire et infirmiers anesthésistes). Cette équipe doit être disponible et mobilisable pour l'accueil du patient traumatisé grave. Elle fait appel aux lignes de permanence déjà présentes dans l'établissement assurant la PDES dans chacune des spécialités.

Afin de sécuriser le dispositif, sont nécessaires :

- Une garde sur place d'un anesthésiste-réanimateur senior, disponible pour l'accueil du patient traumatisé grave, et distincte de l'équipe dédiée à la prise en charge anesthésique des autres urgences chirurgicales.
- Une garde sur place d'un chirurgien orthopédique senior et d'un interne
- Une garde sur place d'un chirurgien viscéral senior et d'un interne
- Une astreinte d'un chirurgien vasculaire, qui doit être disponible sur site, par exemple dans la cadre de mutualisation pour plusieurs sites ou contractualisations
- Une astreinte (sur place ou non) d'un neurochirurgien senior, qui doit être disponible sur site 24h/24h.
- Une astreinte d'un radiologue interventionnel, qui doit être disponible sur site 24h/24, en moins de trente minutes.
- Une garde de biologiste attaché au Centre de Transfusion Sanguine (CTS)
- Une garde sur place de biologiste hors CTS
- Une garde sur place d'un radiologue sénior

- Une organisation qui doit permettre le recours à un chirurgien cardiothoracique
- Une organisation qui doit permettre, en l'absence des services concernés sur place, le recours aux praticiens de ces disciplines, pour avis et transfert ultérieur éventuel :
 - Chirurgie ophtalmologique
 - Chirurgie maxillo-faciale
 - Chirurgie de la main
 - Chirurgie urologique

Il est rappelé que l'enveloppe de financement de la PDSSES ne prend en charge que les lignes de gardes ou astreintes médicales.

Chaque situation devra être appréciée au cas par cas en fonction de l'organisation de l'établissement et de son insertion dans le territoire.

- Ressources matérielles

Certaines ressources matérielles sont nécessaires :

- Un dispositif de transfusion massive
- Un échographe dédié au service d'accueil des patients traumatisés graves
- Un échographe permettant la réalisation de doppler transcrânien
- Un dispositif de monitoring de la pression intracrânienne
- Un fibroscope bronchique

- Plateau technique

Un site assurant la PDSSES pour la prise en charge du patient traumatisé grave devra disposer :

- D'au moins deux emplacements dédiés pour l'accueil des patients (SSPI, « déchoquage »,...)
- D'une capacité d'hospitalisation dans une unité ayant des compétences dans la prise en charge réanimatoire de patients traumatisés graves et cérébro-lésés.
- D'un plateau technique d'imagerie comprenant au moins un scanner, un plateau de radiologie interventionnelle et une IRM, disponibles 24h/24h. L'accès prioritaire des urgences traumatologiques graves à l'imagerie doit être la règle avec une interprétation séniorisée des examens d'imagerie.
- D'un bloc opératoire disponible 24h/24h
- D'une zone de pose d'hélicoptère, disponible 24h/24h
- D'un centre de transfusion sanguine et/ou dépôt de sang, sur place

• Capacités d'accueil

L'établissement doit s'engager à disposer du nombre de lits disponibles permettant d'assurer la mission de PDES pour l'accueil des patients traumatisés graves, y compris lors des pics d'activité prévisibles.

- Circuit d'accueil du patient

La définition du patient traumatisé grave et les critères de triage pré hospitalier sont inscrits en annexe 1 comme recommandation du groupe de travail.

Les patients acceptés par l'établissement sont transférés pour admission dans l'établissement. A son arrivée dans l'établissement, le patient est immédiatement confié à l'équipe médico-chirurgicale qui organise l'ensemble de la prise en charge. Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage ou la surveillance du patient. La régulation du SAMU et l'équipe du SMUR doivent disposer d'une information précise sur le lieu d'accueil et de prise en charge.

Cette organisation (circuit d'accueil et moyens humains et matériels) doit être décrite précisément dans le cadre du projet médical PDES de l'établissement.

Certains principes doivent être respectés :

- ✓ En cas de distance importante entre le site de prise en charge et le site PDES, la priorité reste le transfert sans délai du patient dans un site disposant de l'ensemble des ressources nécessaires (définies dans le présent cahier des charges) à l'accueil du patient traumatisé grave
- ✓ De même, pour un patient traumatisé grave (selon les critères présentés en annexe 1) admis dans un établissement qui ne dispose pas de l'ensemble des ressources nécessaires, le transfert vers un centre répondant aux critères du cahier des charges doit être privilégié, si le patient est transportable
- ✓ L'organisation de la réalisation d'actes complémentaires à visée diagnostique ou thérapeutique et la surveillance du patient sont assurées par l'équipe médico-chirurgicale qui a accepté le patient

Enfin, afin de garantir une qualité de prise en charge de ces patients traumatisés graves, un site assurant cette PDES devra admettre un minimum de 250 patients par an pour suspicion de traumatisme grave ou à défaut être engagés dans des opérations extérieures (Opex), dans le cadre d'interventions des forces militaires françaises en dehors du territoire national.

5. S'engager au «zéro refus»

Les établissements PDES devront s'engager au « zéro refus » des patients présentant une suspicion de traumatisme grave. L'établissement assurant cette permanence des soins devra s'engager au « zéro refus » vis-à-vis de ses partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé ne disposant pas des ressources nécessaires à la prise en charge de ces patients). Néanmoins, le principe du « zéro refus » ne doit pas aboutir à une situation qui

consisterait à accepter tout patient pour avis en élargissant les indications « au-delà du raisonnable ». Ils doivent concerner essentiellement des patients répondant aux critères de traumatisme grave (annexe 1). Tout patient transféré par un vecteur médicalisé sera admis par le centre PDSES. Il est convenu que la non indication de prise en charge, fruit d'une discussion médicale collégiale entre praticiens, n'entre pas dans le cadre du « zéro refus » et ne doit pas être inscrite dans le registre.

Les refus liés à l'indisponibilité des équipes médico chirurgicales ou radiologiques, bien que légitimes, doivent être renseignés dans le registre dédié afin de mesurer le bon dimensionnement du dispositif. Un principe doit néanmoins être respecté : au moins un, parmi les centres habilités à prendre en charge ces patients traumatisés graves, doit prendre en charge le patient. Aussi, en cas de refus de tous les centres répondant au cahier des charges, le site d'accueil du patient sera choisi par la régulation médicale (SAMU Centre 15) parmi les établissements labélisés. Ce site d'accueil sera choisi par le régulateur du SAMU après analyse de l'ensemble des motifs respectifs de refus de chaque centre de façon à adresser le patient vers le centre le plus adapté.

Un registre régional informatisé des refus et de fonctionnement non conforme au cahier des charges sera mis en place 24h/24h. Pour chaque refus d'admission, une déclaration non nominative de chaque cas est remplie par le demandeur et par le service sollicité (donc deux entrées au moins pour chaque cas). Des tableaux de bord dont la fréquence sera à déterminer seront adressés aux directions et aux référents PDSES des établissements concernés, aux services de régulation médicale, aux services de l'ARS (cellule Gestion des risques / Qualité, DT, Pôle Etablissements de santé) ainsi qu'au GCS D-SISiF. Un bilan des refus (tous schémas PDSES confondus) rencontrés sera communiqué régulièrement à l'ensemble des professionnels concernés de la région.

6. Inciter le retour vers le territoire d'origine après la prise en charge aiguë

Le circuit retour des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge dans un centre spécialisé est organisé en concertation entre les deux établissements selon l'adaptation des plateaux techniques aux suites prévisibles.

Par exemple, une fois l'épisode aigu passé, il pourra s'agir de favoriser le transfert des patients du service d'orthopédie du site PDSES vers un service d'hospitalisation de soins de suite et réadaptation (SSR) du territoire d'origine du patient.

Les services du site PDSES qui ont participé à la prise en charge du patient depuis son admission et pendant son séjour en réanimation doivent admettre ces patients après le séjour en réanimation. Un transfert direct de réanimation vers le service de chirurgie d'un autre établissement (du territoire d'origine du patient) est également possible.

En revanche, un transfert direct de réanimation vers le SAU adresseur ou du territoire d'origine du patient est à exclure.

Des conventions entre les établissements pourront être passées afin de définir les modalités de coopération, notamment avec les SSR. Un outil permettant une évaluation spécifique de ce dispositif sera mis en place (registre de fonctionnement non conforme). Le cas échéant, le recours aux CPOM pourra être envisagé.

7. S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif

Les établissements assurant la permanence des soins dans le cadre de ce cahier des charges doivent s'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif.

L'évaluation du dispositif, en plus du registre des refus et fonctionnements non conformes, devra comporter : le nombre d'admission pour suspicion de traumatisme grave, le nombre de traumatismes graves au titre du GHS, le score de sévérité (TRISS : Trauma Injury Severity Score) et la mortalité à 28 jours pour chaque patient admis. Ces indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins pour la prise en charge du patient traumatisé grave seront précisés et suivis par une commission régionale d'évaluation dont la composition devra être représentative des différents acteurs du dispositif. Un rapport d'évaluation sera élaboré dans un délai de 6 mois à 1 an afin d'apporter des recommandations visant à modifier le dispositif si nécessaire.

8. Garantir l'accessibilité aux soins

Les patients pris en charge aux horaires de la PDSSES le sont aux tarifs opposables sans reste à charge pour le patient, durant tout le circuit de leurs séjours, quel que soit l'établissement. Les établissements ne peuvent pas leur facturer de complément de séjour quelle qu'en soit la raison.

Annexe n°1

Définition du traumatisme grave et critères de triage pré hospitalier

La prise en charge d'un patient traumatisé grave repose à la fois sur la recherche de lésions graves vitales ou fonctionnelles mais aussi sur l'analyse des circonstances accidentelles. Afin de déterminer si une victime d'accident doit être considérée comme traumatisée grave, le groupe d'expert incite à se référer aux critères suivants, proposés à Vittel en Octobre 2002*.

Cinq étapes d'évaluation	Critères de gravité
1. Variables physiologiques	Score de Glasgow < 13 Pression artérielle systolique < 90 mmHg Saturation en O2 < 90 %
2. Éléments de cinétique	Éjection d'un véhicule Autre passager décédé dans le même véhicule Chute > 6 m Autre victime projetée ou écrasée Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, absence de ceinture de sécurité) Blast
3. Lésions anatomiques	Trauma pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, du bassin, du bras ou de la cuisse Volet thoracique Brûlure sévère, inhalation de fumées associée Fracas du bassin Suspicion d'atteinte médullaire Amputation au niveau du poignet, de la cheville, ou au-dessus Ischémie aiguë de membre
4. Réanimation pré-hospitalière	Ventilation assistée Remplissage > 1 000 ml de colloïdes Catécholamines Pantalon antichoc gonflé
5. Terrain (à évaluer)	Âge > 65 ans Insuffisance cardiaque ou coronarienne Insuffisance respiratoire Grossesse (2e et 3e trimestres) Trouble de la crase sanguine

Ces données constituent des critères de régulation médicale et d'aide à la décision de moyens à engager face à un accident. La présence d'un seul critère des 4 premières étapes permet de catégoriser le patient en traumatisé grave.

* : Riou B, Thicoïpé M, Atain-Kouadio P, et al. Comment évaluer la gravité ? In : Samu de France, éditeur. Actualités en réanimation préhospitalière : le traumatisé grave. Paris : SFEM Éditions ; 2002. p. 115-28.