

AGENCE REGIONALE DE SANTE ÎLE-DE-FRANCE

ORGANISATION DE LA FILIERE DE SOINS DES PATIENTS TRAUMATISES GRAVES EN REGION ÎLE-DE-FRANCE

Juin 2025

Direction de l'offre de soins - Département soins non programmés

Table des matières

PREAMBULE.....	2
INTRODUCTION	4
Objet du cahier des charges	4
Périmètre.....	4
Durée	4
Valeur juridique	4
Modalités de rédaction	5
CADRE GENERAL	6
Activités concernées.....	6
Horaires	6
Financement.....	6
Définitions.....	6
ORGANISATION REGIONALE EN DEUX NIVEAUX D'ETABLISSEMENT POUR GRADUER L'OFFRE DE SOINS	8
Traumacenter de niveau 1.....	8
Traumacenter de niveau 2	8
Organisation interne attendue au sein des établissements	8
Niveaux de soins des établissements.....	11
ORGANISATION DU TRIAGE PRE-HOSPITALIER, MODALITES D'ADRESSAGE	13
Particularités.....	13
Algorithme d'adressage	13
Evaluation du dispositif.....	15
ANNEXE 1 : tableau récapitulatif des plateaux techniques chirurgicaux des traumacenters de niveau 1	16

PREAMBULE

Organisation actuelle de l'offre de soins traumatologique, justification d'un besoin supplémentaire et objectifs de la démarche

En Ile-de-France, 6 établissements de santé situés à Paris et en petite couronne (hôpital Beaujon, hôpital Européen Georges Pompidou, hôpital Bicêtre, hôpital Henri Mondor, hôpital de la Pitié-Salpêtrière et l'hôpital national d'instruction des armées de Percy) sont reconnus par l'ARS-IDF pour assurer la prise en charge des patients traumatisés sévères. Ces établissements, dits *traumacenters*, répondent à un cahier des charges initialement publié en 2014 et qui précise notamment l'organisation des soins spécifiques à cette activité incluant :

- L'offre de soins requise,
- Les engagements en termes d'acceptation des patients,
- Les modalités du parcours des patients dès leurs admissions,
- Les conditions de permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Au niveau régional, ces 6 *traumacenters* sont considérés comme ayant une expertise équivalente dans la prise en charge des traumatisés sévères et sont considérés comme *traumacenters* de niveau 1, correspondant au plus haut niveau d'expertise dans le domaine.

L'activité de traumatologie lourde effectuée au sein de ces 6 *traumacenters* est recensée prospectivement par le registre Traumabase^{®1}, outil de pilotage sanitaire qui bénéficie pour cela d'un financement de l'ARS IDF. Elle concerne des patients classés selon leur niveau de gravité² admis en primaire ou secondaire (jusque dans les 48 heures suivant le traumatisme).

En complément des données issues de la Traumabase[®], l'analyse de l'activité régionale permet de constater :

- Qu'environ un tiers de l'activité de traumatologie lourde (approchée par la catégorie majeure diagnostique traumatismes multiples graves CMD 26) est assurée par d'autres établissements de santé franciliens, les deux tiers de cette activité de traumatologie lourde étant assurée par les 6 *traumacenters* de la région ;
- Que les 6 *traumacenters* admettent en volume plus de patients catégorisés peu sévères en pré-hospitaliers que de patients catégorisés sévères, réduisant leur capacité d'accueil des patients les plus graves, pouvant en partie expliquer le constat fait au point précédent ;
- Que les patients pris en charge en pré-hospitalier en grande couronne subissent des temps d'acheminement allongés avant d'être admis vers les actuels *traumacenters* (et ce quel que soit le niveau de gravité initiale).

Il apparaît donc que l'organisation actuelle nécessite d'être revue, dans le but d'améliorer l'offre de soins aux patients traumatisés sévères.

¹ [TraumaBase — registre de Traumatologie](#)

² Grade A : instable malgré réanimation ; grade B : stabilisé par la réanimation et/ou lésions nécessitant une expertise particulière ; grade C : stable sans réanimation et ne nécessitant pas d'expertise spécifique.

Les établissements en capacité d'accueillir des patients traumatisés sont peu nombreux et constituent une ressource rare qui doit être connue de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins. Les particularités de la région francilienne amènent à construire une offre gradée en deux niveaux :

- Le premier niveau désignant l'offre initiale des 6 *traumacenters* de niveau 1 (établissements à même de prendre en charge tous les patients traumatisés, et dédiés à la prise en charge des plus graves, soient les grades A et B),
- Le second niveau (*traumacenter* de niveau 2) regroupant des établissements de grande couronne en capacité d'accueillir les patients traumatisés gradés C et initialement pris en charge dans leurs territoires.

La nouvelle organisation de prise en charge des patients traumatisés sévères répond à plusieurs objectifs :

- Constituer un réseau de traumatologie sur la région en gradant l'offre de soins afin que corresponde aux caractéristiques de chaque *traumacenter* le degré de sévérité du patient traumatisé,
- Doter les départements de grande couronne des établissements de santé en capacité de prendre en charge des patients traumatisés,
- Diminuer le temps d'acheminement pré-hospitalier des patients traumatisés les moins sévères (grade C),
- Optimiser la disponibilité opérationnelle des 6 *traumacenters* pour les patients les plus graves (grade A et B).

L'objet de ce cahier des charges est de préciser la nouvelle organisation régionale pour la prise en charge des patients traumatisés graves, d'identifier en *traumacenters* de niveau 2 les établissements rejoignant la démarche et de présenter les attendus des établissements labellisés.

INTRODUCTION

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, plan ORSAN AMAVI,...).

Périmètre

Ce cahier des charges vise à identifier les sites assurant l'accueil des patients adultes traumatisés graves en Ile-de-France, lors des horaires de journée et aux horaires de la PDSES. Pour rappel, la PDSES consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non-hospitalisés dans l'établissement et admis dans l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (18h30 – 8h30 en semaine, et de 8h30 jusqu'au lendemain les jours de week-end et fériés).

Le 6 *traumacenters* actuellement reconnus sont d'emblée labellisés niveau 1.

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, à la condition du maintien des critères définis ci-après.

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.

Modalités de rédaction

Ce cahier des charges a été écrit grâce à la précieuse collaboration d'experts et de professionnels de la région Ile-de-France qui ont activement participé au groupe de travail dédié à la thématique :

Pr Jacques DURANTEAU (MAR)
Pr Anatole HARROIS (MAR)
Pr Mathieu RAUX (MAR)
Pr Mathieu BOUTONNET (MAR SSA)
Pr Stéphane TRAVERS (BSPP)
Pr Frédéric ADNET (SAMU 75)
Dr François DOLVECK (SAMU 77)
Dr Olivier RICHARD (SAMU 78)
Dr Georges-Antoine CAPTINANI (SAMU 91)
Dr Thomas LOEB (SAMU 92)
Pr Anne-Laure FERAL-PIERSSENS (SAMU 93)
Dr Eric LECARPENTIER (SAMU 94)
Dr Agnès RICARD-HIBON, Dr Yahia YAHOUÏ (SAMU 95)
Dr Peter UPEX (chirurgien orthopédique)
Pr Christophe TRESALLET (chirurgie digestive)
Pr Alexis LAURENT (chirurgie digestive)
Dr Olivier BON (MUR BSPP)
Dr Hélène GOULET (MUR)
Dr Laurence ARROUY (AP-HP)

ABBREVIATIONS

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

GCS Glasgow Coma Score, **GCSM** Score de Glasgow moteur

ISS Injury Severity Score

PDSES Permanence de soins en établissement de santé

MAR Médecin anesthésiste-réanimateur

MUR Médecin urgentiste

SAU Service d'accueil des urgences

SAUV Service d'accueil des urgences vitales

SSPI Salle de surveillance post-interventionnelle

TG Traumatisé grave

CADRE GENERAL

Activités concernées

Ce cahier des charges traite exclusivement de l'activité de prise en charge de patients adultes suspects de traumatisme grave.

Horaires

Les établissements participant au dispositif sont en mesure d'accueillir les patients concernés 24h/24 selon le découpage suivant :

- En semaine : en journée de 8h30 à 18h30
- Le samedi matin de 8h30 à 13h30
- PDSES : 7j/7 de 18h30 à 8h30 ainsi que le samedi de 13h30 à 18h30, et les dimanches et jours fériés de 8h30 à 18h30

Financement

Les établissements participant au dispositif décrit dans ce cahier des charges se voient attribuer un financement permettant de couvrir la PDSES dans les disciplines médicales et chirurgicales concernées. Ce financement permet essentiellement le maintien 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 besoins et crédits disponibles.

Définitions

Définition d'un traumatisé grave

Un patient traumatisé grave présente généralement au moins une lésion menaçant le pronostic vital ou fonctionnel.

Par ailleurs, les patients sans lésion apparente mais victime d'un traumatisme dont le mécanisme et la violence sont susceptibles d'induire des lésions menaçant le pronostic vital ou fonctionnel sont également considérés comme des traumatisés graves.

Historiquement, les sociétés savantes s'étaient accordées pour définir les patients traumatisés graves grâce aux critères de Vittel définis en 2002³.

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.

Plus récemment, un consensus national a permis de catégoriser les patients traumatisés en trois grades selon la sévérité du tableau clinique préhospitalier (défaillance d'organes vitaux) tout en tenant compte du bilan lésionnel initial ainsi que du mécanisme présumé du traumatisme et d'éventuelles comorbidités associées. Cette gradation préhospitalière a pour vocation

³ Critères de Vittel : Riou. Le traumatisé grave. Actualités en réanimation pré-hospitalière. 2002

d'être systématiquement utilisée afin d'homogénéiser l'évaluation initiale de la gravité hospitalière.

Gradation pré-hospitalière

Le Groupement d'Intérêt en Traumatologie GravE (GITE) a classé les patients traumatisés graves selon trois grades, représentant chacun un niveau de gravité⁴.

Grade A

- Hypoxémie persistante ($SpO_2 < 93\%$) malgré réanimation
- Hypotension artérielle persistante ($PAS < 100$ mmHg) malgré réanimation
- Utilisation d'amines vaso-actives
- Traumatisme crânien sévère ($GCS \leq 8$ ou $GCSM \leq 5$)

Grade B

- Hypoxémie corrigée ($SpO_2 > 93\%$) après réanimation
- Hypotension artérielle corrigée ($PAS > 100$ mmHg) après réanimation
- Traumatisme crânien $9 \leq GCS \leq 13$
- Traumatisme pénétrant (tête, cou, thorax, abdomen, membres au-dessus du genou/coude)
- Traumatisme thoracique sévère (volet thoracique, déformation)
- Traumatisme vertébro-médullaire avec déficit neurologique (perte sensitive ou motrice)
- Traumatisme sévère du bassin (fracture ouverte, instabilité, déformation)
- Traumatisme sévère des membres (ischémie, hémorragie nécessitant un garrot, importante perte de substance)
- eFAST positive (hémopéritoine, hémothorax, pneumothorax, hémopéricarde)

Grade C

- Chute de plus de 6 mètres
- Victime éjectée, blastée, écrasée, projetée
- Décès d'un passager dans le même véhicule
- Fracture fermée de 2 os longs ou plus (fémur, humérus)
- Fracture ouverte proximale d'un membre
- Grossesse 24 SA et plus
- Anticoagulants (AVK, AOD) ou double agrégation plaquettaire
- Comorbidités sévères

⁴ Standardizing categorization of major trauma patients in France : A position paper from the GITE network. Anaest Crit Care Pain Med 43 (2024) 1-3

ORGANISATION REGIONALE EN DEUX NIVEAUX D'ETABLISSEMENT POUR GRADUER L'OFFRE DE SOINS

Pour la région Ile-de-France, une gradation en **deux niveaux de prise en charge** a été retenue. Cette stratégie tient compte d'un maillage serré de l'offre de soins, des organisations déjà en place et des réalités de prises en charges dans les établissements à ce jour non reconnus comme *traumacenters*.

Traumacenter de niveau 1

Les établissements de niveau 1 sont des centres hospitaliers de recours régional offrant le plus haut niveau de soins pour les patients traumatisés graves. Ces établissements disposent d'une expertise en termes de prise en charge des patients traumatisés graves et d'activités rares (neurochirurgie, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie thoracique...). Ils disposent également d'une organisation interne permettant un accueil 365 jours/365 et 24h/24. Les établissements de niveau 1 ont la capacité de prendre en charge tout type de lésion traumatique chez l'adulte, sans refus. Les *traumacenters* de niveau 1 ne disposant pas de l'ensemble des ressources chirurgicales sur site élaborent des procédures de soins avec un établissement de recours pour les prises en charges spécifiques dans des délais compatibles avec la qualité et la sécurité des soins. Ces centres ont la capacité d'accueillir des traumatisés sévères grade A, B ou C.

Traumacenter de niveau 2

Les établissements de niveau 2 sont des centres hospitaliers dont les caractéristiques en termes d'offre de soins peuvent être comparables à celles des établissements de niveau 1. Ces établissements sont en capacité de réaliser un bilan lésionnel complet ainsi que toute intervention de « damage control ». Ils ne disposent toutefois pas de l'ensemble du plateau technique, notamment en ce qui concerne les ressources rares (neurochirurgie, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie thoracique,...). Dans le cadre d'un réseau global construit, les *traumacenters* de niveau 2 sont affiliés aux *traumacenters* de niveau 1 afin de faciliter les transferts le cas échéant et en tenant compte d'une logique territoriale. Ces centres sont identifiés pour accueillir des traumatisés sévères grade C.

Organisation interne attendue au sein des établissements

Dans un établissement de niveau 1 comme de niveau 2, le parcours patient doit être fluide et organisé dès l'admission afin de limiter tout risque de perte de chance.

Chaque établissement labellisé *traumacenter* de niveau 1 et niveau 2 doit disposer d'une procédure d'accueil des traumatisés graves, datée et signée, en permanence à disposition des personnels concernés. Cette procédure doit préciser l'organisation de la structure d'accueil, l'organisation des personnels et leurs rôles respectifs et les modalités pratiques de prise en charge du traumatisé grave en fonction de son grade.

a. Numéro unique

La fluidité du parcours débute dès la régulation, au moment de l'adressage d'un patient. L'organisme de régulation médicale doit contacter au plus tôt l'établissement d'accueil identifié, afin de connaître ses disponibilités de prise en charge. Cette prise de contact se fait

via un numéro unique, dont la ligne est assurée par un praticien sénior, responsable de l'accueil des patients traumatisés graves, et ayant une connaissance sans délai de la disponibilité des ressources nécessaires à la prise en charge du patient (bloc opératoire, équipes chirurgicales, équipe d'anesthésie, radiologie interventionnelle) selon le degré d'urgence de celui-ci.

Pour les patients de grades A et B, il n'y a pas lieu d'effectuer un scanner corps entier avant l'adressage vers le traumacenter de niveau 1.

Pour les patients de grade C, le scanner corps entier doit être effectué dans le traumacenter d'accueil, ou à défaut, dans un établissement de niveau 2 n'ayant pas la capacité d'accueillir le patient pour la prise en charge ultérieure. En cas de transfert du patient vers un traumacenter de niveau 1, la transmission des images doit être anticipée.

b. Coordination médicale multidisciplinaire – dimensionnement des ressources

Les établissements labélisés disposent d'une organisation de PDSSES correspondant aux critères de classification des établissements décrits ci-après. Une équipe multidisciplinaire (médicale et paramédicale) en permanence opérationnelle, coordonnée par l'anesthésiste-réanimateur dans les traumacenter de niveau 1, par l'anesthésiste-réanimateur et/ou l'urgentiste - mais en étroite collaboration l'avec anesthésiste-réanimateur en raison des besoins interventionnels - dans les traumacenter de niveau 2) sera mise en place par l'établissement. Cette équipe doit être immédiatement disponible et mobilisable pour l'accueil du patient traumatisé grave. Elle fait appel aux lignes de permanence déjà présentes dans l'établissement assurant la PDSSES dans chacune des spécialités médicales, chirurgicales et radiologiques requises.

Le praticien sénior de l'établissement d'admission réceptionnant l'appel de la régulation doit faire le lien avec le praticien coordonnateur du bloc opératoire, afin d'évaluer la disponibilité des équipes opératoires, des blocs opératoires et des salles interventionnelles.

Les conditions de ressources humaines, de ressources matérielles et de plateaux techniques sont résumées tableau 1 et 2.

c. Identification précise de l'aval

La prise en charge d'un patient traumatisé sévère nécessite d'être réfléchi globalement : les services d'aval (soins critiques, hospitalisation conventionnelle) doivent avoir la capacité d'accueillir le patient une fois son état stabilisé et les interventions réalisées le cas échéant. L'activité de traumatologie prime sur l'activité programmée. L'absence de lit d'aval en service d'hospitalisation de chirurgie ne peut être un motif de refus d'acceptation.

d. Politique du « zéro refus »

Les établissements accueillant des patients traumatisés graves doivent s'engager au « zéro refus » vis-à-vis de leurs partenaires (services d'aide médicale urgente, établissement de santé ne disposant pas des ressources nécessaires à la prise en charge de ces patients, établissement de niveau 2 lorsque ce dernier sollicite un transfert en niveau 1).

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 correspondant au niveau de l'établissement et à l'algorithme d'adressage (développé ensuite).

Les refus liés à l'indisponibilité des équipes médico-chirurgicales ou radiologiques, bien que légitimes, doivent être renseignés dans un registre dédié, afin de mesurer le bon dimensionnement du dispositif. Un principe doit cependant être respecté : au moins un établissement, parmi ceux habilités de même niveau doit prendre en charge le patient. Aussi, en cas d'incapacité de tous les centres répondant au cahier des charges, le site d'accueil du patient sera choisi par la régulation médicale parmi les établissements labélisés, sur la base des motifs d'indisponibilité des centres, de leur proximité avec le lieu de prise en charge du blessé et des besoins du patient.

Il est impératif que tous les établissements, notamment de niveau 2, s'engagent à appliquer le principe de zéro refus, notamment en ce qui concerne toute prise en charge orthopédique.

e. Adhésion et collecte des données dans la Traumabase®

Dans une logique de suivi et de pilotage d'activité, mais également pour des fins de recherches, les traumacenters de niveau 2 doivent adhérer au réseau Traumabase® et assurer sa bonne complétude pour les patients admis en primaire ou en secondaire pour suspicion de traumatisme de sévérité grade C dans leur centre.

Niveaux de soins des établissements

Tableau 1 : Critères de classification des établissements pour la prise en charge des traumatisés graves.

	Niveau 1	Niveau 2
Plateau technique		
SAU	Oui	Oui
Lieu d'accueil	Déchocage dédié à proximité des blocs opératoires	SAUV ou déchocage dédié à proximité des blocs opératoires
Bilan d'imagerie H24	Echographie TDM injectée IRM	Echographie TDM injectée
Artériographie diagnostique et thérapeutique H24	Oui	Si présent : 2 _{RI}
Réanimation adulte	Oui	Oui
Réanimation pédiatrique	Non requis	Non requis
Chirurgie viscérale	Oui	Oui
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Oui	Oui
Chirurgie thoracique	Sur site ou par convention	Si présent : 2 _{Th}
Chirurgie vasculaire	Sur site ou par convention	Non requis
Chirurgie cardiaque	Sur site ou par convention	Non requis
Neurochirurgie	Sur site ou par convention	Non requis
Hélistation disponible H24	Oui	Non requis
Centre de transfusion ou dépôt de sang sur place	Oui > 20 CGR, 20 PFC et 3CPA dans l'heure. Pack transfusion massive	Oui > 10 CGR, 10 PFC et 1CPA dans l'heure. Pack transfusion massive
Ressources humaines (horaires de PDSES)		
Radiologue	Au moins interne sur place + astreinte séniorisée	Au moins astreinte séniorisée
Radiologie interventionnelle	Astreinte séniorisée (délai d'arrivée sur site < 30 min)	Astreinte séniorisée le cas échéant
Chirurgien viscéral	Sur place	Sur place
Chirurgien orthopédique et traumatologique	Sur place	Au moins demi-garde et demi-astreinte
Chirurgien thoracique-vasculaire	Astreinte séniorisée (délai d'arrivée sur site < 30 min)	Non requis
Neurochirurgien	Astreinte séniorisée (délai d'arrivée sur site < 30 min)	Non requis
Chirurgien cardiaque	Astreinte séniorisée (délai d'arrivée sur site < 30 min)	Non requis

NB : Tous les établissements de niveau 1 ne disposent pas de l'ensemble des ressources chirurgicales rares. En règle générale, tous les établissements de niveau 1 doivent mettre en place une organisation permettant, en l'absence des services concernés sur place, le recours aux praticiens de ces disciplines sans délai, pour avis, mobilisation des équipes et transfert ultérieur éventuel. Cette organisation doit se faire en garantissant la sécurité des soins en urgence en cas de recours en chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique et neurochirurgie.

Pour l'ensemble des établissements de niveau 2 ne disposant pas de ce type de ressource, la suppléance du réseau est assurée par les *traumacenter* de niveau 1 en disposant. L'ensemble des niveaux 1 participent à ce recours pour les niveaux 2. Le réseau s'engage à une politique de « zéro refus » (cf. page 9). Une logique territoriale, non exclusive, peut être proposée pour le transfert secondaire du patient.

En l'absence des services concernés sur place, le recours aux praticiens de ces disciplines, pour avis et transfert ultérieur éventuel doit être formalisé en cas de besoin pour :

- La chirurgie ophtalmologique
- La chirurgie maxillo-faciale
- La chirurgie de la main
- La chirurgie urologique

Tableau 2 : Organisation attendue des établissements selon leur niveau de labélisation.

	Niveau 1	Niveau 2
Ressources humaines		
MAR coordinateur d'acceptation et d'accueil TG	Oui (numéro unique, réponse immédiate)	Oui, acceptation conjointe MAR/MUR et coopération MAR/MUR/Chir pour prise en charge (numéro unique, réponse immédiate)
Equipe multidisciplinaire identifiée mobilisable H24 pour accueil des TG	Oui (MAR, IDE, AS)	Oui (MAR et MUR, IDE, AS)
Formation au damage control	Oui	Oui
Volume d'activité		
Admission de patients dont TG avec ISS > 15	300 patients dont >100 avec ISS > 15 hors hôpital SSA	Pas de seuil
Réseau		
Réseau de traumatologie (du déchocage au SMR)	Animateur de réseau	Membre réseau
Adhésion Traumabase® et exhaustivité de saisie des patients	Oui	Oui
Recherche/Education	Pilotage éducation et recherche dans le cadre d'une collaboration médico-chirurgicale	Participation active aux activités du réseau et relai local

ORGANISATION DU TRIAGE PRE-HOSPITALIER, MODALITES D'ADRESSAGE

Le diagramme (p.13) résume la stratégie d'adressage des patients traumatisés en tenant compte des défaillances d'organes immédiates, du bilan lésionnel présumé et finalement de la gradation (A, B ou C) qui doit être appliquée pour chaque prise en charge.

Lors de chaque prise en charge d'un traumatisé grave, l'organisme de régulation médicale communique à la personne ressource de l'établissement cible les éléments clés de la prise en charge préhospitalière ainsi que le grade qualifiant le degré de sévérité.

Particularités

Le détail des capacités chirurgicales de chaque établissement est disponible à l'annexe 1 du présent document.

La prise en charge des traumatismes thoraciques pénétrants

Un patient présentant un traumatisme thoracique pénétrant doit être en priorité pris en charge dans un *traumacenter* de niveau 1 disposant H24 d'une offre de chirurgie cardiaque, thoracique ou vasculaire. Les *traumacenters* de niveau 1 disposant de cette activité sont la Pitié-Salpêtrière, l'HEGP et Henri Mondor.

Les autres *traumacenters* de niveau 1 disposent cependant tous d'un protocole permettant la prise en charge des traumatismes thoraciques pénétrant par la mobilisation directe d'équipes chirurgicales. En cas d'indisponibilité des trois établissements pré-cités, le patient est adressé dans le *traumacenter* de niveau 1 le plus proche.

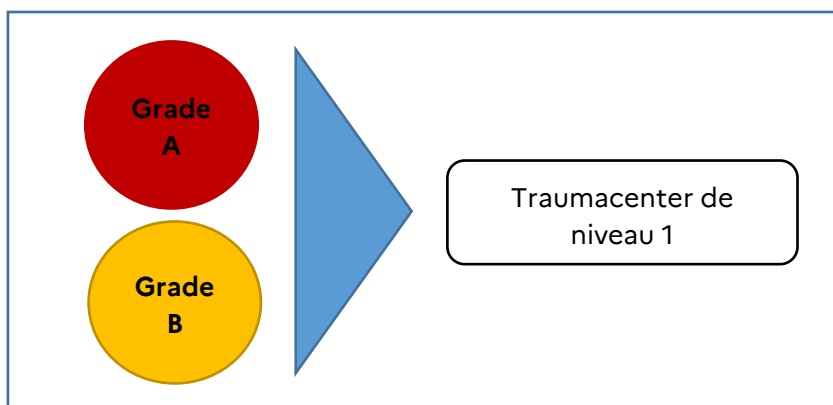
Reconnu par son expertise dans le domaine, l'hôpital Bichat peut être sollicité pour la prise en charge de traumatisme thoracique pénétrant isolé, gradé B ou C.

La prise en charge des traumatismes crâniens sévères

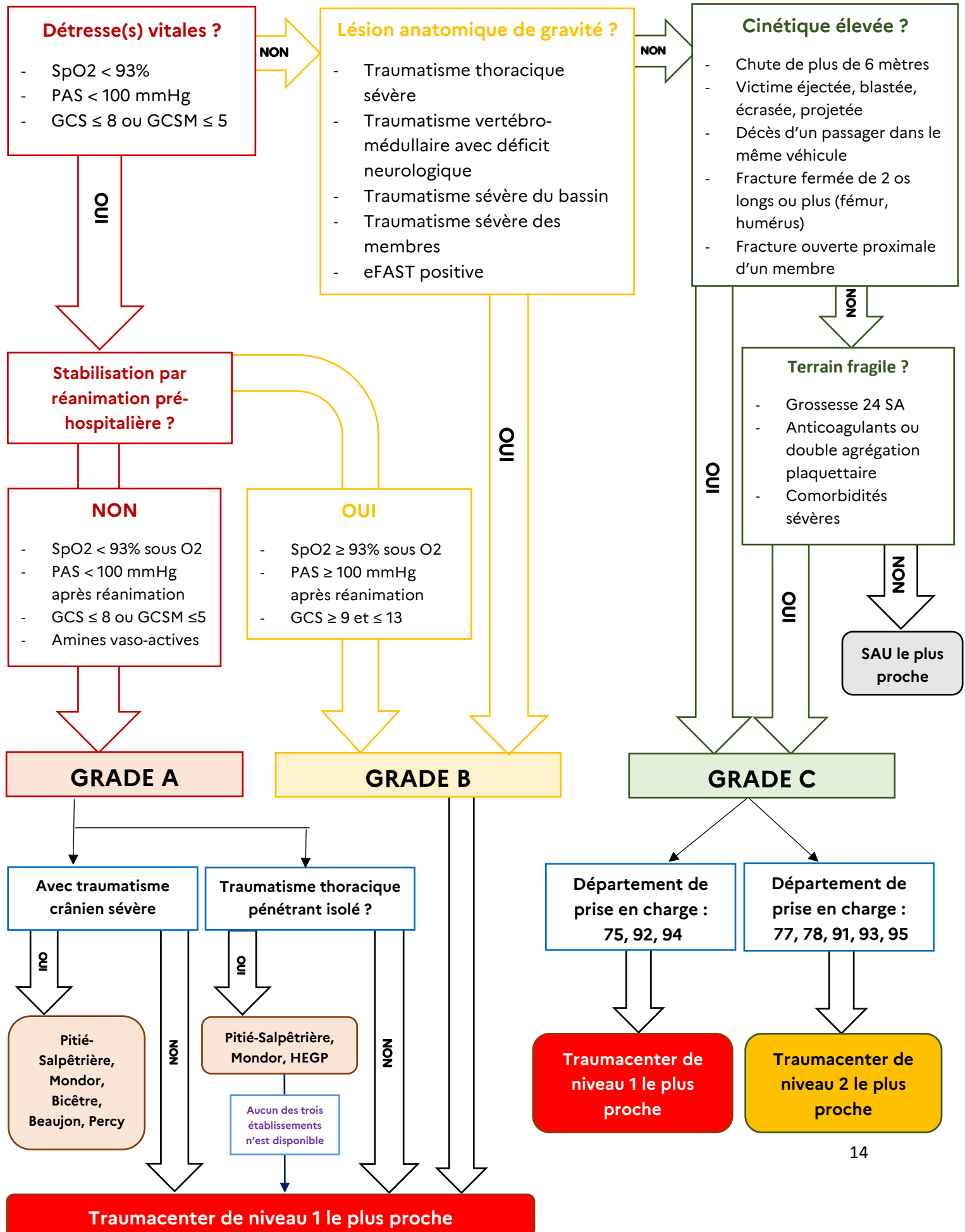
Un patient présentant une suspicion de traumatisme crânien sévère doit être pris en charge dans un *traumacenter* de niveau 1 disposant H24 d'une offre de neurochirurgie, y compris lorsque la grande garde n'est pas assurée par un traumacenter. Seul l'HEGP n'en dispose pas. Le patient doit donc être adressé dans l'un des cinq autres *traumacenters* de niveau 1 : Beaujon, la Pitié-Salpêtrière, Henri Mondor, Bicêtre et l'HIA Percy.

Algorithme d'adressage

Règle générale



Algorithme d'aide au triage pré-hospitalier pour adressage



Evaluation du dispositif

La nouvelle organisation fera l'objet d'une évaluation un an après la labellisation effective. Cette évaluation sera menée par le groupe de travail et animée par le réseau constitué, sur la base d'indicateurs tenant compte notamment :

- Des conditions de prise en charge pré-hospitalière,
- Du nombre de patients admis dans chaque centre,
- Du nombre de transferts inter-hospitaliers de patients traumatisés graves,
- Du pronostic (durée de séjour en soins critiques, durée de séjour à l'hôpital, mortalité).

ANNEXE 1 : tableau récapitulatif des plateaux techniques chirurgicaux des traumacenters de niveau 1

	Chirurgie digestive	Chirurgie orthopédique	Chirurgie thoracique	Chirurgie vasculaire	Chirurgie cardiaque	Neurochirurgie	Radiologie interventionnelle	Chirurgie maxillo-faciale	ORL	Gynéco-obstétrique	Urologie
PITIE SALPETRIERE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HEGP	X	X	X	X	X	Coopération Sainte Anne	X		X		X
BEAUJON	X	X	Coopération Bichat	Coopération Bichat	Coopération Bichat	X	X	X		X	
HIA PERCY	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
HENRI MONDOR	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
KREMLIN BICETRE	X	X	Coopération Marie Lannelongue	Coopération Marie Lannelongue	Coopération Marie Lannelongue	X	X	X	X	X	X