

24  
ET  
25

JmTS   
LILLE 2025

2025

11

7<sup>ÈMES</sup> JOURNÉES MULTIDISCIPLINAIRES  
DE TRAUMATOLOGIE SÉVÈRE

# Un peu d'histoire

Début des réunions du GITE en 2017 (Grenoble)

Financement par J and J puis LFB

Objectif: fédérer les acteurs de la traumatologie sévère en France

MAR, MU, Chir et Radio

Réunions à Grenoble (2017), Genève (2018), Virtuel (2020-2021),  
Lyon (2022), Montpellier (2023), Paris (2024), Lille (2025)



## Association loi 1901

1. Dépôt effectué auprès de la préfecture de l'Isère
2. Bureau actuel: Pierre Bouzat, Karim Tazarourte, Paul Balandraud et Julien Frandon
3. Compte ouvert à la banque postale
4. CA Pierre Bouzat, Paul Balandraud, Julien Pottecher, Karim Tazarourte, Tobias Gauss, Delphine Garrigue, Julien Picard, Thomas Geeraerts, Eric Cesareo, Guillaume Debaty, Julien Frandon, Laurent Stecken, Jérôme Tonetti, Christophe Trésallet

# Un groupe d'intérêt trauma Une visibilité par la production



Ann. Fr. Med. Urgence  
DOI 10.3166/afmu-2018-0117

ÉDITORIAL / EDITORIAL

Original Article

## Strategic proposal for a national trauma system in France

Tobias Gauss<sup>a</sup>, Paul Balandraud<sup>b</sup>, Julien Frandon<sup>c</sup>, Julio Abba<sup>d</sup>, Francois Xavier Ageron<sup>e</sup>, Pierre Albaladejo<sup>d</sup>, Catherine Arvieux<sup>d</sup>, Sandrine Barbois<sup>e</sup>, Benjamin Bijok<sup>f</sup>, Xavier Bobbia<sup>g</sup>, Jonathan Charbit<sup>h</sup>, Fabrice Cook<sup>i</sup>, Jean-Stephane David<sup>j</sup>, Guillaume De Saint Maurice<sup>k</sup>, Jacques Duranteau<sup>l</sup>, Delphine Garrigue<sup>f</sup>, Emmanuel Gay<sup>d</sup>, Thomas Geeraerts<sup>m</sup>, Julien Ghelfi<sup>f</sup>, Sophie Hamada<sup>l</sup>, Anatole Harrois<sup>l</sup>, Hicham Kobeiter<sup>n</sup>, Marc Leone<sup>o</sup>, Albrice Levrat<sup>p</sup>, Sebastien Mirek<sup>q</sup>, Abdel Nadji<sup>q</sup>, Catherine Paugam-Burtz<sup>r,s</sup>, Jean Francois Payen<sup>d</sup>, Sebastien Perbet<sup>t,u</sup>, Romain Pirracchio<sup>v</sup>, Isabelle Plenier<sup>g</sup>, Julien Pottecher<sup>w</sup>, Sylvain Rigal<sup>b</sup>, Bruno Riou<sup>x</sup>, Dominique Savary<sup>e</sup>, Thierry Secherresse<sup>y,z</sup>, Karim Tazarourte<sup>aa</sup>, Frederic Thony<sup>d</sup>, Jerome Tonetti<sup>d</sup>, Christophe Tresallet<sup>ab</sup>, Pierre-Francois Wey<sup>ac</sup>, Julien Picard<sup>d</sup>, Pierre Bouzat<sup>d,\*</sup>, for the Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE)

## Construire une filière de soins pour les traumatismes graves à l'échelle nationale : un groupe d'experts se positionne\*

### Creating a National Trauma System in France: a New Expert Committee

Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE)

© SFMU et Lavoisier SAS 2018



Anaesth Crit Care Pain Med 43 (2024) 101345



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com)



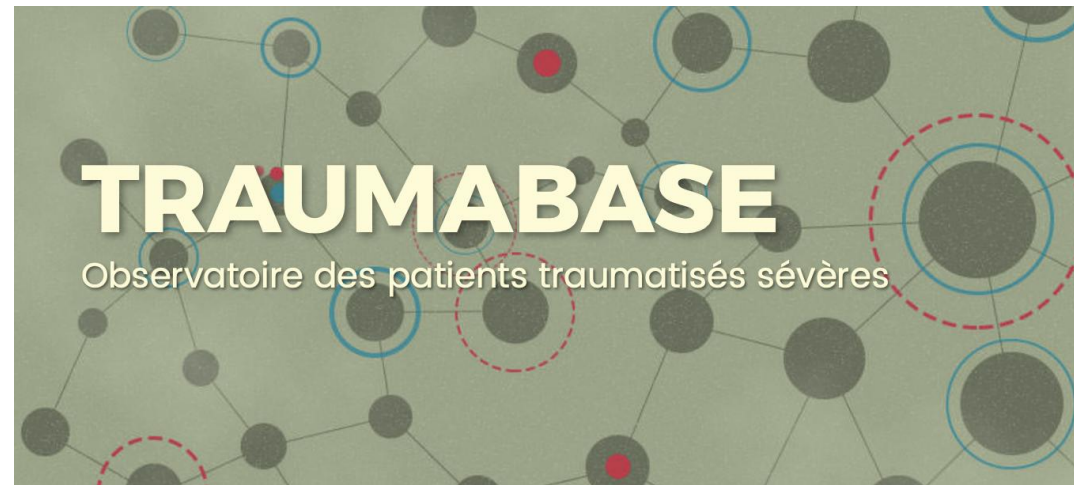
Editorial

Standardizing categorization of major trauma patients in France: A position paper from the GITE Network



Roadmap 2025 finalisé (prêt à soumission)

# Registre national



## Indicateurs basiques niveau 2

MAJOR TRAUMA KEY PERFORMANCE INDICATORS IN FRANCE
Existence of multidisciplinary trauma governance
Institutional funding dedicated to trauma epidemiology
Proportion of trauma patients included in the national registry
Existence of multidisciplinary morbidity and mortality review dedicated to trauma
Total number of trauma patients managed
Distribution by GRADE severity classification
In-hospital mortality rate
Gap between observed and predicted mortality
Under-triage rate <sup>e</sup>
Over-triage rate <sup>s</sup>
Proportion of patients aged >75 years
Proportion of patients aged <15 years
Number of incoming secondary transfers
Number of outgoing secondary transfers
Delay to the first medical team on site
Delay between the team on site and the first handover the medical dispatch centre
Delay between notification to the medical dispatch centre and identification of the destination centre
Medical time on scene
Medial total medical time (on site + transport to the trauma center)
Proportion of patients transported to the hospital by a medicalized means
Proportion of patients presenting with haemorrhagic shock receiving tranexamic acid
Proportion of patients who received at least one unit of red blood cells within the first six hours after hospital admission
Proportion of patients presenting with a Glasgow Coma Scale score $\leq 8$ or with abnormal CT findings
Proportion of patients undergoing CT scan
Proportion of patients undergoing direct haemorrhage control procedures (without prior CT scan)
Delay between arrival in the resuscitation room and departure for haemorrhage control procedures or CT scan
Delay between arrival in the resuscitation room and completion of damage control surgery ( $t_0$ = time of operating room admission)
Hospital length of stay
Intensive care unit length of stay
Duration of mechanical ventilation (excluding intraoperative period)
Proportion of patients undergoing surgery within 24 hours
Proportion of patients undergoing interventional radiology within 24 hours
Proportion of patient readmitted in critical care within 7 days after discharge
Proportion of patient readmitted within 14 days after discharge
Proportion of patients receiving a psychological assessment before discharge
Proportion of patients receiving opioid treatment for more than 7 days with a pain specialist assessment
Proportion of patients with an ICU stay > 7 days or a ward stay > 15 days who received a rehabilitation assessment
Proportion of patients with an ICU stay > 7 days or a ward stay > 15 days who received a social worker assessment
Proportion of patients admitted in ICU
Proportion of patients discharged to a rehabilitation facility
Proportion of patients discharged at home
Proportion of patients with a general practitioner visit within 7 days after hospital discharge
Proportion of patients receiving a mental health evaluation within 3 months after hospital discharge
Proportion of patients receiving a chronic pain risk assessment within 6 months after hospital discharge
Proportion of patients who have returned to their pre-injury living situation and activity 6 months after trauma
Proportion of patients who have returned to work 6 months after trauma

# Liens avec les tutelles

1. Contact DGS (Jean-Marc Philippe), DGOS (Aurelie Avondo-Rey)
2. Obtention du pilotage CORAMAVI basé à Strasbourg
3. Membres groupe de travail: Julien Pottecher (CHU Strasbourg) et Mathieu Raux (APHP); Stephane Travers (BSPP) et Margaux Chabanon (CHU Nimes); Paul Balandraud (HIA Toulon), Catherine Arvieux (CHU Grenoble), Chloé Bertolus (APHP) et Philippe Adam (HUS); Guillaume HERPE (CHU Poitiers) et Julien GHELFI (CHU Grenoble)
4. Soutien SFAR, SFMU, SFCU, Radio pour cette mission
5. Rendez vous à l'assemblée nationale avec Y. Neuder (à venir)

# La COREB



Votre recherche...



[Formation](#)

[Fiches et procédures](#)

[Vie du réseau](#)

[En savoir plus](#)

## LE RÉSEAU COREB

La mission COREB nationale est chargée par la DGS et la DGOS d'assurer l'animation des services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) des établissements de santé de référence (ESR) pour le risque épidémique et biologique (REB). Au fil des années, le réseau REB s'est enrichi de nombreux acteurs de différentes disciplines et types d'exercice : hôpitaux de tout le territoire, acteurs de la ville et du médico-social, médecins et cadres de santé non seulement de l'infectiologie mais aussi des urgences, de l'hygiène, la biologie, la réanimation, la pédiatrie, formateurs, administratifs, auxquels s'ajoutent les partenaires institutionnels.

[VOIR PLUS](#)





Point d'avancement J. Pottecher

# La transformation du GITE

Vers une plus représentativité des CNP/sociétés savantes

TG, MR, PBa et PBo ont contacté les CNP/Sociétés savantes

Désignation de représentants, nouveau règlement voté (AG 17 Mars 2025)

Changement du nom de l'association (commande DGS)



# Election du CA

La composition du CA prévoit :

- Une place pour les représentants des patients et/ou de leurs proches,
- Six places pour les sociétés de chirurgie (dont un chirurgien du tronc, un chirurgien des membres, un chirurgien tête et cou),
- Deux places pour la société de médecine d'urgence,
- Deux places pour la société d'anesthésie-réanimation,
- Deux places pour la société de médecine physique et réadaptation
- Deux places pour la société de radiologie
- Deux places libres

Deux places libres au CA vont être proposées au vote en fin de GITE

**BULLETIN  
ADHESION**



**RIB**



## 24 NOVEMBRE 2025

- 12.00 – 13.30** Accueil avec cocktail déjeunatoire
- 13.30 – 13.50** Introduction : état des lieux et défis pour le GITE, objectifs de cette édition  
*Pr. P.BOUZAT (Grenoble),  
Pr. P.BALANDRAUD (Paris)*
- 13.50 – 14.15** Retour sur CORAMAVI  
*Pr. J.POTTECHER (Strasbourg)*
- 14.15 – 15.30** Coopérations civilo-militaire dans l'hypothèse d'un engagement majeur  
*Pr. P.BALANDRAUD (Paris),  
Pr. BOUZAT (Grenoble)*
- 15.30 – 15.45** Pause avec collation
- 15.45 – 17.15** Recommandation professionnelle parcours du patient traumatisé grave  
*Pr. T.CLAVIER (Rouen)*
- 17.15 – 18.00** Présentation de l'essai plateforme BRAINAPT  
*Dr. A.TURGEON (Québec)*
- 19.00** Dîner

- 8.30 – 8.50 Point sur le registre national  
*Pr. A.HARROIS (Paris)*
- 8.50 – 9.10 Les enjeux de la régulation des patients traumatisés  
*Pr. X.BOBBIA (Montpellier)*
- 9.10 – 9.30 Création d'une base de données assistée par l'IA sur l'embolisation d'hémostase à partir des comptes-rendus scanner, embolisation et courriers d'hospitalisation : études multi centriques rétrospectives  
*Dr. J.FRANDON (Nîmes),  
Dr. J.GHELFI (Grenoble)*
- 9.30 – 10.00 Les enjeux de la rééducation des patients traumatisés  
*Pr. E.ALLART (Lille)*
- 10.00 – 10.30 Pause avec collation
- 10.30 – 11.00 Conclusion