



**JmTS**  
Montpellier 2023

● ● JOURNÉES MULTIDISCIPLINAIRES  
● ● DE TRAUMATOLOGIE SÉVÈRE

5<sup>èmes</sup> Journées Multidisciplinaires de traumatologie sévère du GITE en partenariat avec Laboratoire Français du Biomédicament  
20 et 21 Novembre 2023

# Le programme 20/11/2023

**12.00 – 13.30**

**Accueil – Déjeuner**

14.00 – 14.15

Introduction/accueil état des lieux et défis pour le GITE, objectifs de cette édition (Pierre Bouzat)

14.15 – 15.15

Retour groupe de travail Triage en 2023 (Eric Cesareo)

15.30 – 16.15

Quels indicateurs pour performance et pilotage réseau (J Charbit)

16.15 – 17.30

Groupes de travail: Deux sessions en groupes de travail animés

17.30 – 18.15

Restitution des groupes de travail

**Visite Faculté de Médecine**

**20:00 – 23:00**

**Diner**

# Le programme de 21/11/2023

## Petit – Déjeuner

8.30 – 9.00

Vote sur indicateurs présentés la veille

9.00 – 10.00

Conférence de Martin Dunser: Trauma system de 2050

**10.00 – 10.15**

**Pause**

10.15 – 11.15

Assemblée Générale du GITE / Articulation des différentes structures (GITE, TraumaBAse SFMU, SFAR....)

11.15 – 11.45

Perspectives du GITE (Tobias Gauss)

11.45 – 12.00

Conclusion / GITE 2024

# Ouverture par Président Pr Bouzat

## Nos objectifs

1. Bilan à 5 ans de l'initiative
2. Validation d'un outil de triage national (GRADE)
3. Quels indicateurs pour performance et pilotage sanitaire

# Association loi 1901

1. Dépôt effectué auprès de la préfecture de l'Isère
2. Bureau: PB, KT, PB et JF
3. Compte ouvert à la banque postale
4. CA et....cotisations !!!!

# Un groupe d'intérêt trauma Une visibilité



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

ÉDITORIAL / EDITORIAL

Original Article

## Strategic proposal for a national trauma system in France

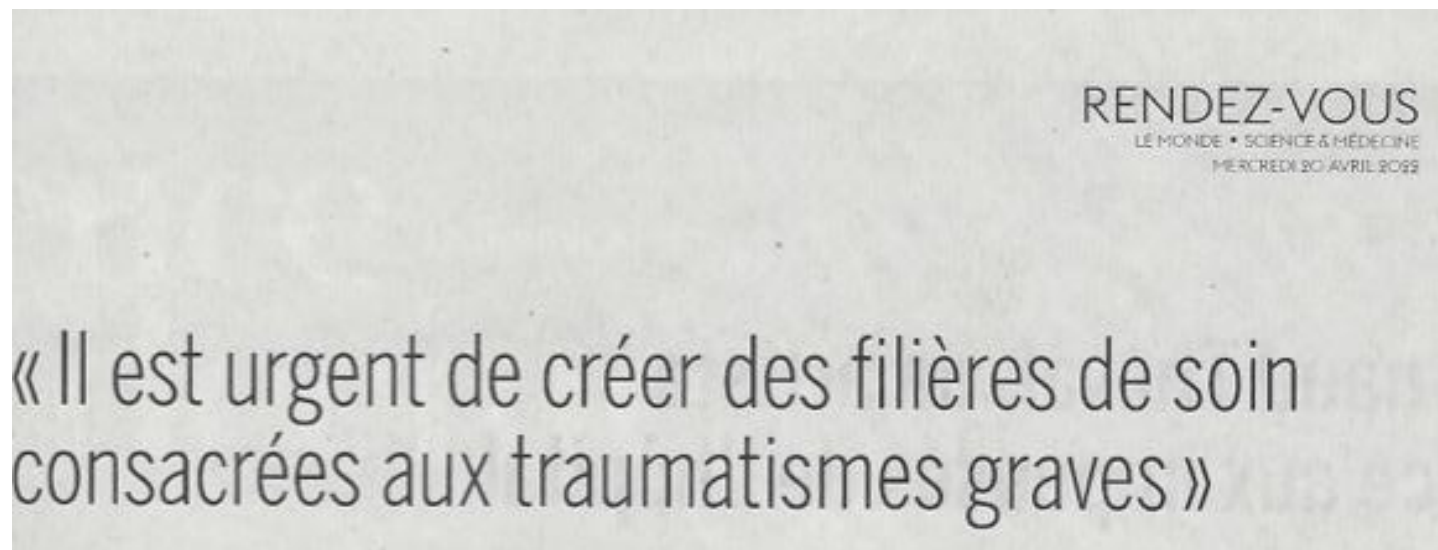
Tobias Gauss<sup>a</sup>, Paul Balandraud<sup>b</sup>, Julien Frandon<sup>c</sup>, Julio Abba<sup>d</sup>, Francois Xavier Ageron<sup>e</sup>, Pierre Albaladejo<sup>d</sup>, Catherine Arvieux<sup>d</sup>, Sandrine Barbois<sup>e</sup>, Benjamin Bijok<sup>f</sup>, Xavier Bobbia<sup>g</sup>, Jonathan Charbit<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>l</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 Secheresse<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



# Liens avec les tutelles

1. Contact DGS (Jean-Marc Philippe), DGOS (Aurelie Avando-Rey)
2. Action commune avec la traumabase
3. Note technique à écrire

# **Socle de connaissances et Compétences équipe trauma**

1. Travail confié à Thomas Geeraerts et Julien Picard
2. Présentation de la démarche et projet de publication de guidelines
3. Socle de connaissances et programme commun DU Trauma Sévère

Domain of severe trauma care	Skills	Possible exemples of situations	Possible learning tools
Applying standards of care	Apply simple trauma procedures collectively	Airway management with spine immobilization	After-action report, , within-event debriefing, deliberate practice, rehearsal approach, pre-action briefings. Performance-oriented (in situ) simulation, serious game, virtual/augmented reality
	Apply complex trauma procedures collectively	Difficult airway management	
	Collective management of routines and standardized procedures	Massive transfusion protocol	
	Apply self-monitoring strategies collectively	Re-assess an unstable patient	
Workflow management	Execute anticipation strategies	Prepare the trauma room before patient arrival	Structured phone handover simulation for pre-activation of resources Simulations focused on fixation errors, pre-action briefings, "if-then" communication
	Anticipate and check resources availability in each discipline	Assess availability of Operating Room, blood products when penetrating trauma is announced	
	Avoid unnecessary and time-wasting procedures	Avoid CT scan in case of massive hemorrhage and penetrating trauma in the cardiac box	
Improving teams' decision-making process	Quickly assess and summarize the situation	Complex patients with lower limb and spine trauma + TBI with brain herniation	Simulation focused on speaking-up strategies, high power distance. Simulation focused on emotional awareness and emotions' management. Performance-oriented simulation, Simulations focused on handover, double check, setting priorities dynamically. Simulations focused on periodic briefings, using authoritative leadership when needed.
	Demonstrate strategies to maintain high reactivity to situational changes	Decision making in a pelvic + abdominal severe trauma with worsening hemodynamic status	
	Apply shared decision-making	Massive transfusion	
	Analyze options with emphasis on searching critical errors to be avoided	Unstable pelvic trauma patient with severe traumatic brain injury	
	Demonstrate strategies to make decision under uncertain circumstances	Persistent shock without visible hemorrhage	
	Demonstrate ability to make decisions considering each discipline constraints	Go / No Go decision for orthopedic surgery in a severe TBI patient	
Team synchronization	Identify barriers for a clear and open communication	Difficult interprofessional and interdisciplinary communication	Simulations focused on handover quality, task interruptions, distractive events such as noise, plan reassessment, fixation errors, predefined call-for-help, externalizing self-monitoring for operators. Simulation focused on trauma-specific language, fixation errors, hierarchical distance/power distance, emotional awareness, communicating high standards/expectations, using reader/scripter. Pre-action briefings. Simulation focused on conflict and aggressivity management
	Use trauma-specific language	Communication between surgical and ED/ICU/OR team	
	Apply strategies to avoid information loss	Handover between ED/ICU/OR teams	
	Establish a shared strategy (aims, means)	Pelvic trauma patient	
	Share a mental model	Hemorrhagic shock	
	Clearly distribute the roles and apply self-regulation mechanisms	CPR in a trauma patient	
	Maintain adaptive leadership	Worsening of a severe patient	
	Detect and help providers in difficulty	Difficulties for venous and arterial access	
	Manage distractive events and tasks interruptions	Multiple phone calls during initial trauma patient management	
	Manage conflicts and disagreements	Disagreement between the surgical and ED/ICU/OR teams for bleeding control strategy	

# Registre national

Fusion Traumabase et Urg'ARA



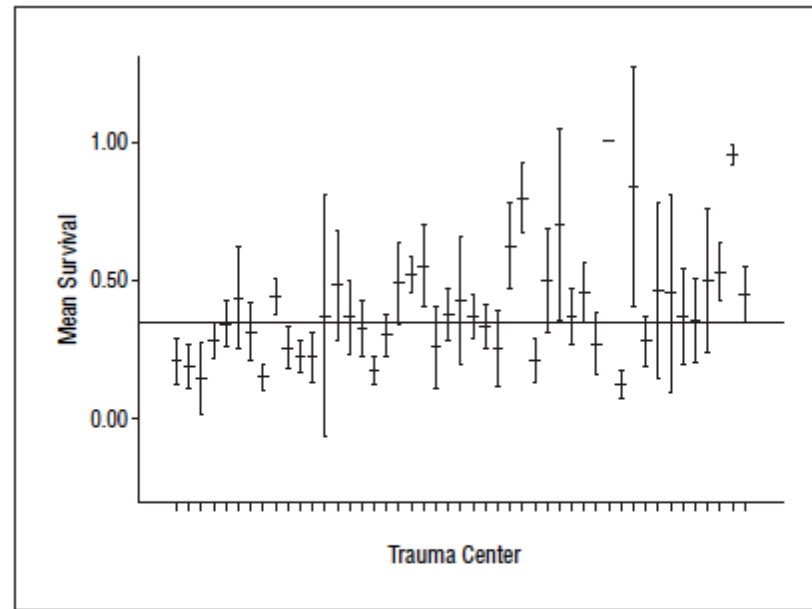
# Nouvel axe de travail: indicateurs de performance

ORIGINAL ARTICLE

## Moving Beyond Personnel and Process

*A Case for Incorporating Outcome Measures in the Trauma Center Designation Process*

Shahid Shafi, MD, MPH; Randall Friese, MD; Larry M. Gentilello, MD



**Figure 3.** Severe injuries (horizontal line indicates mean group survival, 0.35; 95% confidence interval, 0.34-0.37). Error bars indicate 95% confidence intervals.

# Retour groupe de travail graduation

Paer-Sélim Abback, Pierluigi Banco,  
Eric Cesareo, Jean-Stéphane David,

## GRADE A

### Détresse non contrôlée

#### Détresse Respiratoire

- SpO2  $\leq$  90% en AA
- et  $\leq$  93% avec apport O2 12-15 l/mn ou VC (FiO2 1)

#### Détresse Hémodynamique

- PAS < 90 mmHg après remplissage 500 ml
- SI  $\geq$  1,3
- Nécessité introduction amine pressive (NA)
- Transfusion préhospitalière

#### Détresse Neurologique

- CGS  $\leq$  8 et score moteur  $\leq$  4

## GRADE B

### Détresse stabilisée

Détresse respiratoire stabilisée : SpO2  $\geq$  90% en AA ou  $\geq$  93% avec O2

Détresse hémodynamique stabilisée : PAS  $\geq$  90 mmHg ou 1,0  $\leq$  SI  $\leq$  1,2

Détresse neurologique 9 < CGS  $\leq$  13

### Lésionnel grave

- Traumatisme pénétrant (Tête, Cou, Torso = thorax et/ou abdomen)
- Traumatisme thoracique fermé avec volet ou déformation
- Traumatisme vertébro-médullaire avec déficit sensitif ou moteur
- Traumatisme sévère du bassin
- Traumatisme d'un membre avec hémorragie grave ou ischémie
- Hémopéritoine, hémopneumothorax, hémopéricarde

## GRADE C

### Cinétique et Contexte

- Chute de hauteur élevée (adulte  $\geq$  6 mètres, enfant  $\geq$  3 fois la taille de l'enfant)
- Victime projetée, éjectée du véhicule, écrasée ou blast
- Décès d'une victime dans le même habitacle
- Fracture de 2 os longs proximaux (Humérus et/ou Fémur)
- Jugement clinique du médecin sur les lieux

### PRUDENCE EN FONCTION DU TERRAIN (EN CAS DE DOUTE = GRADE C)

- Grossesse > 24 SA
- Patient décoagulé (AVK, AOD) ou association anti agrégants plaquettaires
- Enfant < 5 ans
- Personne âgée > 75 ans
- Comorbidités sévères

## Proposition initiale

### Accord collectif sur besoin graduation nationale pour:

- faire évoluer critères existants
- disposer éléments de langage
- standardisation triage et classification et anticipation
- estimation volume patients selon même critères
- homogénéiser formation et éducation

# Retour groupe de travail graduation

Paer-Sélim Abback, Pierluigi Banco,  
Eric Cesareo, Jean-Stéphane David,

## ABC GRADING SYSTEM FOR MAJOR TRAUMA VICTIMS (GITE® CRITERIA)

**GRADE  
A**

### UNSTABLE DESPITE RESUSCITATION

- Sustained hypoxemia (SpO<sub>2</sub> < 93%) despite resuscitation
- Sustained arterial hypotension (SBP < 100 mmHg) despite resuscitation
- Use of vasopressors
- Severe traumatic brain injury (GCS ≤ 8 or Glasgow motor response ≤ 5)

**GRADE  
B**

### STABILIZED AFTER RESUSCITATION OR ANATOMIC CRITERIA

- Hypoxemia improved (SpO<sub>2</sub> ≥ 93%) after resuscitation
- Arterial hypotension improved (SBP ≥ 100 mmHg) after resuscitation
- Traumatic brain injury 9 ≤ GCS ≤ 13
- Penetrating trauma (head, neck, thorax, abdomen, limbs above knee/elbow)
- Severe thoracic trauma (flail chest, deformity)
- Spinal trauma with abnormal neurology (motor or sensory loss)
- Severe pelvic trauma (open fracture, unstable, deformity)
- Severe limb trauma (ischemia, bleeding requiring a tourniquet, major substance loss)
- Positive EFAST (haemoperitoneum, haemothorax, haemopericardium, pneumothorax)

**GRADE  
C**

### STABLE WITH HIGH-KINETIC CIRCUMSTANCES OR MEDICAL HISTORY

- Falls (adults ≥ 6 metres, children ≥ 3 times height of the child)
- Ejected, blasted, crushed, projected victim
- Death in same passenger compartment
- 2 or more long bone closed fractures (humerus, femur)
- Open fracture to proximal limb
- Pregnancy > 24 weeks
- Anticoagulants (VKA, OAC) or dual antiplatelet therapy
- Child ≤ 5 yo or adult ≥ 75 yo
- Major comorbidity

**Proposition votée  
Avec un vote item par item  
Avec 35 délégués présent**

**Accord fort si >70% délégués en accord**

**Accord pour rédiger éditorial pour ACCPM  
avec signature collective pour publication de  
la proposition pour avancer sur accord  
national; accord de principe de l'éditeur en  
chef ACCPM; rédaction P Bouzat**

# Perspectives MPR et filière trauma

## Dr Claire Jourdain

Perspective d'avenir  
sur la médecine physique et réadaptation (MPR)  
pour la filière des traumatisés sévères

*Journées du GITE 2023*

Pre Isabelle Laffont, Doyenne de la Faculté de Médecine  
Dre Claire Jourdain, médecin de MPR

**pdf en PJ**

# Vers un registre national Dr Jonathan Charbit

Vers un registre national pour les  
traumatisés sévères ??

GITE 2023  
J Charbit

pdf en PJ

# Le programme de 21/11/2023

## Petit – Déjeuner

8.30 – 9.00

Vote sur indicateurs présentés la veille

9.00 – 10.00

Conférence de Martin Dünser: Trauma system de 2050

**10.00 – 10.15**

**Pause**

10.15 – 11.15

Assemblée Générale du GITE / Articulation des différentes structures (GITE, TraumaBAse SFMU, SFAR....)

11.15 – 11.45

Perspectives du GITE (Tobias Gauss)

11.45 – 12.00

Conclusion / GITE 2024

# Echange sur indicateurs nationaux

**Conclusion pour composer comité de travail (pilotage J Charbit, T Gauss) pour développer:**

Quatre niveaux de jeu de données

1. Basique, centre niveau III, récupération donnée à partir d'outils administratifs
2. Pilotage sanitaire/réseau, indicateurs performance régional/national
3. Simplification Core data set, centre niveau II et I, EPP
4. Data set centre niveau I, activité recherche

Chaînage avec bases administratives (PMSI, registre décès,...)

# Future of Trauma Systems in Europe

## Dr Martin Dünser



## The Future of Trauma Systems (in Europe)

PD Dr. Martin Dünser, DESA, EDIC

Emergency Critical Care

Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine

Kepler University Hospital and Johannes Kepler University

Linz/Austria



Kepler  
Universitäts  
Klinikum

pdf en PJ

# AG/Echanges sur perspectives évolution GITE I

**Echange ouverte et transparent et collectif par l'assemblée**

**Les difficultés rencontrées** au quotidien sur l'ensemble des réseaux et territoires pour impliquer les collègues et partenaires sur les filières trauma

**Causes identifiées:** charge de travail au quotidien, fidélisation des professionnels médicaux et paramédicaux, turn-over des équipes, rotations des professionnels intérimaires, maintien et développement des compétences, temps disponible à la formation, multiplication des missions, implications des ARS

**Développement réseaux territoires en difficultés:** le GITE propose de déléguer des représentants pour apporter un soutien et expertise technique pour développer des réseaux

# AG/Echanges sur perspectives évolution GITE II

**Représentativité du GITE:** force représentation de toutes les spécialités avec une très bonne représentation géographique pour la première fois quasi nationale; bonne représentation MAR et chirurgie, cette année sous-représentation MU, radiologie, MPR cette année en partie expliqué par envoi tardif invitations (fin septembre) et charge de travail

**Améliorer la représentativité du GITE:** solliciter des leaders opinions MU, radiologie et MPR, solliciter les référents réseaux pour impliquer les acteurs du terrain

**Développer la communication et la visibilité du GITE:** désignation d'un community manager, P Banco

# AG/Echanges sur perspectives évolution GITE III

**Articulation groupes de travail trauma:** Besoin d'améliorer l'articulation et visibilité entre board trauma SFMU, Comité ACUTE SFAR, GITE et Traumabase  
Poursuite du dialogue avec DGOS/DGS (repris octobre 2023), interrompue par pandémie; soumission note technique, objectif lettre de mission pour coordination nationale filières/réseaux trauma

**Axe de travail 2024:** catégorisation niveau des centres pour plateau technique, compétences et organisation; comparaison avec réalité terrain par travail benchmark comité ACUTE

## **Préparation GITE 2024:**

Accord pour initier préparation dès à présent

Date fixée pour 18/19 Nov 2024, début midi 18/11; fin midi 19/11

Composition comité organisation: à finaliser

Lieu: évoqué > Rennes, Saint Malo, Paris (Val de Grâce)

# AG/Echanges sur perspectives évolution GITE IV

Remerciement chaleureux du partenaire Laboratoire Français Biomédicament  
du GITE; soutien précieux et infaillible



# Liste de personnes présentes