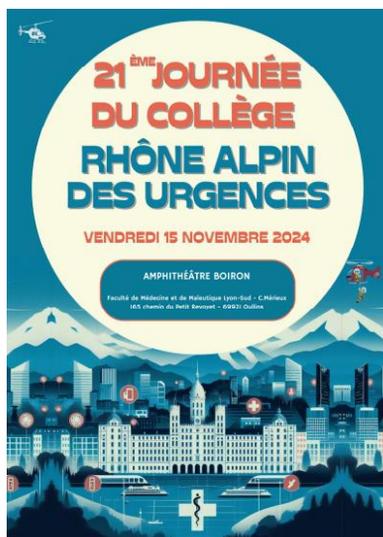


Journée du Collège Rhône Alpin de Médecine d'Urgence



Ce vendredi 21 novembre avait lieu la 21^{ème} édition du CRAU à Lyon Sud.

Au programme du matin, une table ronde et des échanges autour des recommandations de bonnes pratiques sur le management et l'architecture des structures de médecine d'urgence puis un retour de la région Grand Est sur la mise en place d'équipe territoriale d'urgence (et aussi de post-urgence). L'après-midi, présentation des recommandations SFMU à venir sur l'IOT et la prise en charge de la douleur puis focus sur les évolutions des compétences des IDE en médecine d'urgence. Pour finir la journée, challenge des thèses DESMU et abstracts infirmiers : présenter en 180 sec le fruit de plusieurs mois de travail !

Les liens pour visualiser les présentations : <https://www.crau.fr/fr>

Le mot de la présidente du CRAU, la Dr Véronique Potinet :

La journée 2024 du Collège régionale a permis des échanges enrichissant sur des thématiques d'avenir pour nos services d'urgence : quel management, pour quelle architecture, et avec quelle organisation territoriale !

Un grand merci à tous les orateurs, et à chaque participant, ce sont les interactions qui font la qualité de la journée !

Bien sûr un grand bravo à nos internes de l'inter-région, aux infirmier.es, de belles présentations! Et Félicitations à Fanny et Aurélie, c'est gagné pour 3 jours au congrès SFMU!

Vivement l'année prochaine pour relever de nouveaux challenges organisationnels et managériaux ensemble! Toujours en lien avec les plus jeunes, merci à la JuLYS pour son dynamisme...et son afterwork !

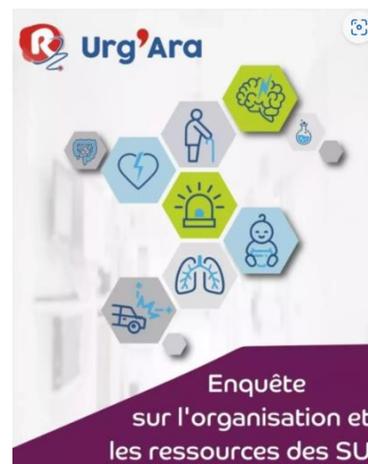


L'enquête Effectif et Organisation des SU

Pour la 3^{ème} année consécutive, le réseau Urg'Ara et l'Observatoire Régional des Urgences réalisent une enquête sur l'organisation et les ressources des structures des urgences (SU) du **18 au 24 novembre**.

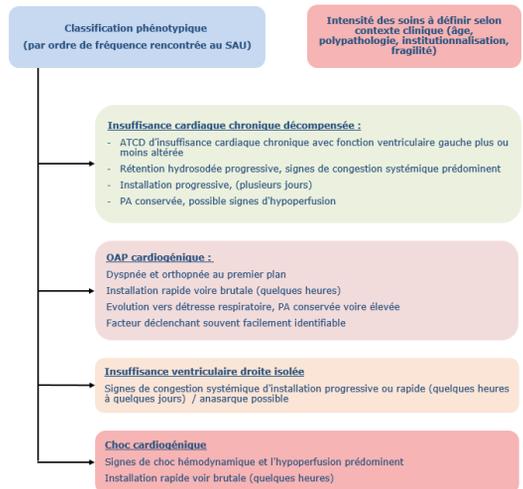
Un rapport personnalisé décrivant les résultats de chaque centre sera transmis au centre en mars 2025. L'ensemble des données est calculé par centre, comparé aux centres de taille identique : organisation des SU, SMUR et UHCD, organisation du tri et de l'accueil au SU, organisation des filières et spécialités en lien avec la SU ainsi que les durées de passage en regard des professionnels présents.

En 2023, 70 SU avaient participé à l'étude. Une organisation dégradée au cours de l'année était déclarée dans 54 SU (79%), dont 24 de manière ponctuelle. La réorientation à l'accueil après tri IOA avait été réalisée dans 43 SU (67%). Dans 15 SU (25%) il était prévu de mettre en place une UMHP. L'enquête 2024 permettra notamment de mesurer les évolutions au sein des SU de la région.



Nouveau référentiel Cardiologie : L'insuffisance cardiaque

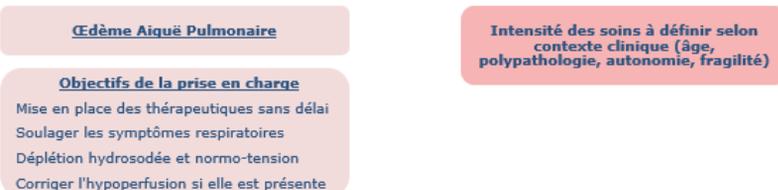
	Clé en main sur l'échec pour éviter une erreur	Prise en charge de l'insuffisance cardiaque aiguë	
		Référence : Bases Cardiologie 2024	Dernière mise à jour : 02/2024



Description des prises en charges diagnostiques et thérapeutiques en fonction des 4 grandes présentations phénotypiques de l'insuffisance :

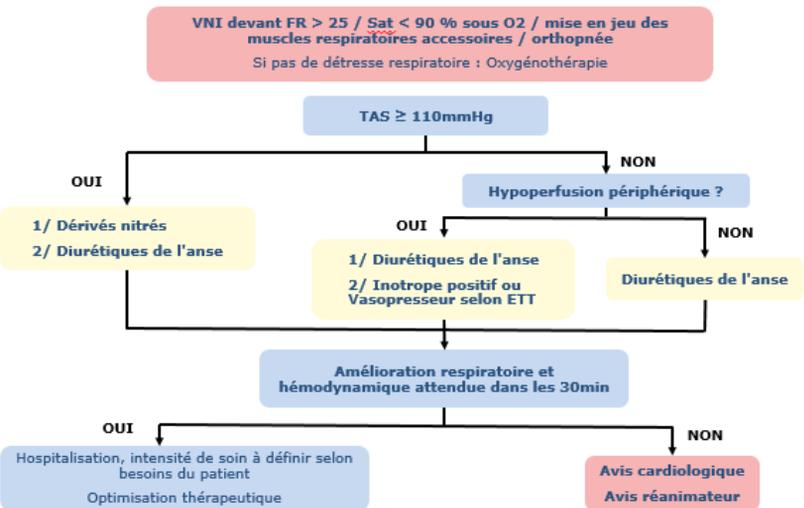
- L'insuffisance cardiaque chronique décompensée
- L'OAP cardiogénique
- L'insuffisance ventriculaire droite isolée
- Le choc cardiogénique

Pour chaque pathologie, le logigramme déroule la prise en charge, les thérapeutiques et la temporalité d'un éventuel avis cardiologique spécialisé



3 annexes accompagnent le référentiel :

- Les facteurs favorisant le passage en insuffisance cardiaque
- Les examens complémentaires, leurs valeurs diagnostics dans l'insuffisance cardiaque et leurs indications
- Une adaptation du protocole CARESS qui permet de guider la stratégie diurétique et leur adaptation en fonction de la réponse à H24
- La place de l'échographie transthoracique dans la prise en charge du patient et les critères à rechercher : ligne B / épanchement pleural ou péricardique / FeVG / VCI / dilatation des cavités



Dérivés nitrés = Risordan

si PA systolique ≥ 110 mmHg en dehors des CI (vigilance accrue avec RAO serré, Inhibiteur de la 5-Phosphodiesterase)

- Bolus : 2-4 mg IVD toutes les 5 min si PAS > 140mmHg (ou TNT 2 bouffées si pas de VVP)
- Entretien : IVSE 1 mg/h puis augmentation de 1 mg/h toutes les 5 min tant que TAS > 110mmHg

Ventilation Non Invasive au choix

CPAP à augmenter avec objectif de PEEP à 8-10 cmH2O.
Ou Ventilation à 2 niveaux de pression (VSAI + PEEP) : PEEP à 8 à 10 cmH2O, aide 5 à augmenter avec max 15 cmH2O. BPCO, sujet âgé, fatigue respiratoire ++, hypercapnie

Diurétiques de l'anse = Furosémide IV bolus

- Patient déjà traité par furosémide => dose journalière à administrer IV (max 120mg)
- Patient naïf de furosémide => 40mg IV ou 0,5mg/kg pour les poids extrêmes

Protocole CARESS à encourager (cf page 8)

Inotrope positif = Dobutamine

IVSE : 2-20ug/Kg/min / Surveillance HD rapprochée

Vasopresseur = Noradrénaline

IVSE : 0,2-1ug/kg/min / Surveillance HD rapprochée

SAVE THE DATE

13 mai 2025 => Printemps d'Urg'Ara
2 octobre 2025 => Journée Pédiatrie / Gériatrie
11 décembre 2025 => Journée thématique

Tous nos référentiels sur www.urgences-ara.fr

