

**Mesure des scores SAPS 2 et Oméga**  
(Procédures Opérationnelles Standardisées Groupe de Travail de la SRLF 1999)

Source : <http://www.srlf.org/pos/pos.html>

Auteurs : P Manet - G Leleu  
Section: Evaluation

[Mesure du score Oméga](#)

[Mesure du score SAPS 2](#)

[Mesure de l'état de santé antérieur](#)

## Mesure du score Oméga

### Actes OMEGA : généralités

La cotation OMEGA doit refléter l'activité du service ; sur le plan médical et paramédical des actes réalisés aux urgences ou par le SAMU ne doivent pas être cotés (sauf quand la surveillance est prise en compte). Coter les actes réalisés par l'équipe de réanimation qui s'est déplacée dans un service pour prendre en charge un patient.

L'OMEGA total est l'addition de trois composantes :

**OMEGA 1** : actes à coder une seule fois, quel que soit le nombre de réalisation.

**OMEGA 2** : coder à chaque réalisation dans le service.

Attention, la réalisation hors service ne doit pas être cotée ; on cotera simplement un transport hors service.

La réalisation dans le service par un acteur d'un autre service doit-être cotée. Toutefois, il importe de vérifier au niveau de chaque établissement que cela n'induit pas à une double cotation PMSI.

**OMEGA 3** : cotation pour chaque journée de réalisation.

Toute journée commencée est cotée, sur la base horaire de 0 à 24 h. Ainsi, un patient intubé à 23 h 30 et extubé à 0 h 30 sera coté pour 2 jours de ventilation.

Certains actes sont apparus récemment et ne sont pas pris en compte. Coter la ventilation assistée au masque en ventilation spontanée avec pression expiratoire positive.

---

### OMEGA 1

*Alimentation entérale ou parentérale = 35 kcal/j > 10 j*

Attention aux valeurs de calories et au nombre de jours !!! En pratique, ces définitions s'appliquent actuellement à peu de malades.

*Bilans neurologiques rapprochés*

Correspond à l'établissement d'une feuille de surveillance (un score neurologique au moins toutes les 3 heures pendant 12 heures)

*Cathéters divers* : mise en place ou surveillance

La seule surveillance suffit pour coter l'acte ; les sites implantés ne sont pas comptés. La pose d'un désilet compte pour un cathéter central, à coter en plus de la SWAN ou de l'EES s'il a été utilisé pour des perfusions.

*Cathéter sus-pubien ou sondes urétérales*

Attention : il ne s'agit pas de la simple sonde urinaire ...

*Drainage de liquide céphalo-rachidien*

Attention : il ne s'agit pas de la simple PL...

*Intubation ou trachéotomie* : mise en place ou surveillance

Très fréquemment oubliée, alors que l'on a coté par ailleurs ventilation mécanique.

*Lavage gastrique*

Doit avoir été pratiqué dans le service (hémorragie ou épuration de toxiques) et avoir été réalisé avec au moins 4 litres.

*Perfusions de dérivés sanguins* > 1/2 masse sanguine 24 h

Rappel : cela fait 2,5 L, soit 7 culots globulaires au moins. Les PFC sont à prendre en compte (1 PFC = 1 CG), mais pas l'albumine. Les plaquettes et les globules blancs représentent habituellement un volume négligeable.

*Sédation* > 24 h

Utilisation de produits sédatifs entraînant un coma et une dépression respiratoire sévère pendant plus de 24 h. L'analgésie post-opératoire ou une sédation légère qui respectent la vigilance n'entrent pas dans ce cadre.

*Shunt artério-veineux* : mise en place ou surveillance

La surveillance d'un patient porteur d'un shunt que l'on n'utilise pas ne doit pas être cotée.

*Sonde d'entraînement électrosystolique* : mise en place ou surveillance

Attention : la surveillance d'un patient porteur habituel d'un EES déjà implanté ne doit pas être cotée, sauf si on a été amené à pratiquer des tests de fonctionnement sur cet appareil ou reprogrammation. Les électrodes épiscopiques ne sont cotées que si elles sont branchées et utilisées.

*Traction orthopédique complexe*

Les soins par une seule personne sont impossible à réaliser. Le simple collier cervical est exclu.

#### *Traitement d'un arrêt circulatoire*

Ne nécessite pas forcément un tracé plat. On accepte la bradycardie extrême, la tachycardie sans efficacité hémodynamique, la dissociation.

Ce qui est coté est la réalisation d'un MCE vrai avec injection de drogues vaso-actives ou choc électrique. Le simple coup de poing sternal n'est pas coté. Si un CEE est pratiqué, le coter en plus.

#### *Utilisation de drogues vaso-actives*

Il s'agit de drogues administrées au pousse-seringue, nécessitant la surveillance continue de la pression et du pouls. Le statut n'est donc pas relié au produit. La dopamine systématique post-opératoire " à dose rénale " ne doit pas être cotée. Les drogues utilisées à l'occasion du traitement d'un ACR ne doivent pas être comptées (elles sont prises en compte dans cet item).

#### *Utilisation de fibrinolytiques*

Il s'agit de fibrinolyse médicales. Le débouchage de cathéter n'est pas coté. Les fibrinolyse in situ (membres) sont cotées, mais pas les fibrinolyse pleurales.

---

## **OMEGA 2**

Attention, certains actes (fibroscopies) sont classants pour le PMSI (champs alpha). Le codage en acte Omega ne permet ni de saisir ces actes, ni ne permet de les détailler (ex fibro bronchique+ LBA; FOGD avec sclérose de VO).

#### *Plasmaphérèse :*

Il s'agit d'échange plasmatique avec extraction d'au moins une masse plasmatique (70 ml x poids x (1-hématocrite))

#### *Oxygène hyperbare :*

seulement possible pour les services avec une unité de médecine hyperbare

#### *Transport hors service :*

Nécessite un accompagnement médicalisé

#### *Accueil ou préparation à un transport SMUR*

Ne concerne pas les ambulances simples ou les transferts internes.

A ne coder qu'une seule fois si aller-retour

*Echographies dans le service*

Distinguer les écho cardiaques et non cardiaques

Il doit y avoir un compte-rendu.

*Scintigraphies dans le service* : interdit en France

*Angiographie dans le service* :

Ne concerne pas les simples opacifications de catheter

En pratique, nécessite un équipement de radiologie vasculaire dans le service.

*Préparation accompagnement et retour du bloc opératoire* :

Ne concerne pas l'accueil après intervention réglée (admission à partir de la salle d'opération). A coder une seule fois pour l'aller et le retour.

Cet acte inclu le transport lui-même.

---

### **OMEGA 3**

*VS + CPAP*

A coder dans cette rubrique les ventilations au masque (BiPAP, AI)

*Dialyse péritonéale* :

utilisée comme technique d'épuration avec plusieurs poches par jour

*Hémofiltration* :

Toutes techniques d'épuration extracorporelle continue

*Pansements chirurgicaux complexes* :

Nécessitant la présence de deux personnes pour la réalisation ou durée > 30 minutes

*Isolement* :

Ne compter que l'isolement stérile (chambre seule, bavette, surblouse, gants, lavage de mains). Concerne les patients aplasiques et les patients porteurs de bactéries multirésistantes.

*Surveillance continue en réanimation :*

Comptée pour toute journée passée dans le service de réanimation. La durée de séjour est égale à la durée de surveillance continue, soit jour de sortie - jour d'entrée sauf si séjour de moins de 24h ou décès (il faut alors ajouter un jour).

## Mesure du score SAPS 2

### Généralités

#### IGS II (généralités)

**IGS (Indice de Gravité Simplifié)** ou SAPS II est dérivé de l'APACHE.

Il comprend pour chaque item les valeurs les pires dans les 24 heures suivant l'admission dans le service de réanimation.

- Certaines données peuvent dépasser les limites hautes et basses dans la même journée : prendre la valeur qui donne le plus de points.

- Il n'est pas nécessaire que les valeurs recueillies soient synchrones (sauf en ce qui concerne le rapport PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>).

- Pour la diurèse, il ne faut pas tenir compte du volume d'urine obtenu initialement lors du sondage vésical. Si le séjour est inférieur à 24 heures, il faut comptabiliser la diurèse et extrapoler à 24 heures. En cas d'urines perdues, il faut considérer par défaut que la diurèse est > 1L/j.

*Les données physiologiques* recueillies avant l'entrée dans le service sont considérées comme non fiables et non opposables. Elles ne sont donc pas prises en compte, sauf si établies personnellement par le réanimateur juste avant l'admission, lors de la prise en charge (aux urgences ou dans le service hospitalier). Ainsi, si le médecin réanimateur constate un arrêt cardio-respiratoire et que les manoeuvres de réanimations sont efficaces avec normalisation hémodynamique lors de l'admission dans le service de réanimation, il est possible de coter FC < 40 (11 pts) TA < 70 mmHg (13pts) mais le score de Glasgow doit être évalué à l'entrée dans l'unité.

Le SAMU étant considéré comme un service à part entière, les données recueillies par le SAMU ne s'appliquent qu'à celui-ci, et ne sont pas prises en compte dans le service de réanimation.

Les données biologiques recueillies juste avant l'entrée dans le service de réanimation peuvent être prises en compte, à plusieurs conditions:

- Le prélèvement a été réalisé dans l'heure précédent l'admission
- Le patient est admis à partir du service des urgences
- L'existence de ce premier bilan conduit à ne pas le refaire dès l'admission

- Les résultats sont consignés dans le dossier pour vérification ultérieure.

Il est habituel de se rapporter à la pancarte de surveillance journalière pour relever les mini/max. Parfois certaines anomalies (trouble du rythme, arrêt respiratoire) ont été fugaces et ne figurent pas explicitement sur la pancarte. Elles ne peuvent être prises en compte que si elles sont documentées dans l'observation médicale ou infirmière. Il est préférable de les reporter alors sur la pancarte.

Rappel : en cas d'arrêt circulatoire Le maximum de points est affecté aux items fréquence cardiaque, PA systolique, Glasgow et respiration.

## **IGS II (données biologiques)**

Les valeurs non recueillies sont présumées normales

Attention à deux erreurs communes:

- non prise en considération de valeurs pourtant recueillies dans les 24 premières heures.

- erreur de borne entre > et =

*PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>* : a ne calculer que chez les patients ventilés (ventilation invasive ou non). E,n l'absence de gaz du sang, il faut coter un rapport > 200 (6 pts)

*Urée* : si le malade est insuffisant rénal chronique, les valeurs d'urée (et de diurèse) sont intégrées dans le calcul de l'IGS II.

*Globules blancs* : il ne s'agit pas que des polynucléaires

*Kaliémie* : ne pas prendre en considération un prélèvement hémolysé.

*Bicarbonates* : utiliser les bicarbonates veineux mesurés sur le ionogramme et non ceux calculés à partir des gaz du sang.

*Bilirubine*: la mesure systématique de la bilirubine n'est pas obligatoire, car elle ne modifie le codage qu'en cas d'ictère clinique.

---

## Score de Glasgow (GCS)

Si le patient est sédaté, le score est celui précédent la sédation. Cette évaluation est réalisée en interrogeant le médecin qui a prescrit la sédation ou en se référant au dossier.

Si l'information n'est pas disponible, coter 15.

Un coma toxique est évalué avec l'échelle de Glasgow sans considérer qu'il s'agit d'une sédation. Le GCS peut donc être très bas.

Un patient initialement parfaitement conscient et transféré du bloc opératoire ou sédaté par le SAMU et se réveillant par la suite a un GCS de 15.

Calcul du GCS :

### *Ouverture des yeux*

Spontanément	4
A la commande verbale	3
A la douleur	2
Jamais	1

### *Réponse motrice*

Obéi à l'ordre oral	6
Orientée	5
Evitement (flexion)	4
Décortication (flexion anormale)	3
Décérébration (extension)	2
Pas de réponse	1

### *Réponse verbale*

Pas de ventilation	Ventilation	points
Orientée	semble capable de parler	5
confuse	.	.
inappropriée	ne semble pas capable de parler	3
incompréhensible	.	.
Rien	aucune réponse	1

---

## **IGS II : type de malade, pathologie sous-jacente**

### **Type de malade**

*chirurgical* : patient opéré dans les 7 jours qui précèdent ou suivent l'admission en réanimation.

*Chirurgie programmée* : patient inscrit sur le programme opératoire au moins 24 h avant la réalisation de l'acte chirurgical.

Un patient opéré après le 7<sup>e</sup> jour de réanimation est un patient médical. La trachéotomie, quel que soit son lieu de réalisation n'est pas considérée comme un acte chirurgical.

### **Pathologie sous-jacente**

*Définition d'un patient SIDA :*

Patient VIH positif ayant eu ou étant hospitalisé pour pneumocystose, syndrome de Kaposi, lymphome, tuberculose ou toxoplasmose.

La découverte de la séropositivité au cours de l'hospitalisation, si celle-ci est motivée par des infections citées fait classer le patient dans la catégorie SIDA.

*Définition d'un patient hématologique*

Patient ayant un lymphome, une leucémie aiguë, un myélome, ou une allogreffe de moëlle.

La pathologie est prise en compte même si elle est découverte en cours d'hospitalisation et quel que soit son degré d'antériorité. Par convention on considérera un patient ayant subi une allogreffe comme hématologique quelle que soit la pathologie sous-jacente (par exemple LMC greffée en phase chronique ou aplasie idiopathique). A l'inverse, aucune autre pathologie que celles mentionnées ci-dessus n'est prise en considération.

*Définition d'un patient atteint de cancer métastatique*

Les métastases doivent être prouvées soit par la chirurgie, soit par l'imagerie ou par des marqueurs tumoraux.

Un syndrome paranéoplasique n'est pas considéré comme métastase.

## Mesure de l'état de santé antérieur

### Scores de Mac Cabe et de Knaus

#### Etat de santé antérieur

Description de l'état du malade avant l'épisode le conduisant en réanimation.

#### Echelle Mac Cabe

attention : les items sont appelés 0, 1, 2 dans le guide 1, 2, 3 dans le logiciel Fusion. Tenir compte des dénominations.

Le pronostic doit avoir été défini dans les trois mois précédant l'entrée dans le service de réanimation.

1 - Maladie mortelle = 0

2 - Maladie mortelle à 5 ans

Insuffisant cardiaque stade III NYHA, insuffisant respiratoire sous O2 à domicile, cancer non métastaté, hypertension portale.

3 - Maladie mortelle à 1 an

Insuffisant cardiaque stade IV NYHA, insuffisant respiratoire déjà ventilé, cancer métastaté, décompensation hémorragique de cirrhose.

#### Etat fonctionnel (Knaus)

Activité et suivi médical dans les six mois précédant l'admission.

*A : santé normale*

*B : limitation modérée*

Présence d'un traitement chronique

*C : limitation importante*

Handicap à l'effort, traitement anticancéreux, hémodialyse

*D : patient grabataire, restriction majeure*

Hospitalisation long séjour, visite hebdomadaire d'un médecin, incapacité à 100 %