

## Il est grand temps de structurer la filière de traumatologie sévère en France

### Severe Trauma in France: it's Time to Grow Up!

T. Gauss · M. Raux

Reçu le 24 octobre 2015 ; accepté le 28 octobre 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

Le traumatisme sévère représente la première cause de mortalité et de morbidité du sujet jeune dans le monde [1]. Pour cette raison, il constitue un défi sanitaire majeur. À la différence des autres activités de soins, il se caractérise par la nécessité de mobiliser de manière quasi instantanée et peu prévisible une grande quantité de ressources médicotéchniques et humaines. Ceci impose une chaîne de secours robuste comprenant, entre autres, des services d'intervention préhospitalière performants, des centres d'accueil spécialisés et une articulation fluide entre les centres de traumatologie et les réseaux de rééducation [2].

L'organisation régionale d'un réseau identifiant une filière de prise en charge du patient traumatisé sévère constitue un prérequis indispensable à la robustesse de la chaîne de soins. L'organisation en réseau facilite l'interface entre tous les acteurs de cette chaîne [2]. Elle permet de développer un langage commun et des procédures de prise en charge basées sur des recommandations et une expérience commune. Elle permet de partager des dispositifs et objectifs éducatifs, comme par exemple des réunions ou des revues de morbi-mortalité (RMM) communes, des journées de formation ou de simulation. Ces activités pédagogiques partagées permettent aux professionnels de santé de se connaître, ce qui renforce leur coopération. L'organisation régionale en réseau permet également une identification des besoins sanitaires de la région concernée. Elle permet par conséquent une meil-

leure utilisation et mutualisation des ressources et moyens de secours, car ces derniers sont déployés en fonction des besoins. Une telle optimisation de la gestion des vecteurs de transport et répartition des moyens peut contribuer à réduire les temps de transport [2].

L'ensemble de ces éléments permet l'orientation des patients vers des centres adaptés à leur état, les plus sévères étant dirigés vers des centres d'accueil spécialisés appelés centres de traumatologie (ou *trauma centers*). Cette orientation raisonnée s'accompagne d'une réduction de mortalité et d'un meilleur pronostic [3,4]. L'organisation en réseau peut donc concrètement avoir un impact majeur sur le devenir des patients.

Force est de constater qu'actuellement en France, de tels réseaux de traumatologie n'existent pas de manière réglementaire, alors que c'est le cas dans les pays anglosaxons et scandinaves [5], voire en France s'agissant des réseaux de périnatalité. Comparaison n'est pas raison : méfions-nous d'une transposition aveugle de ces organisations au système français. Une déclinaison tenant compte des spécificités françaises paraît judicieuse. Mais à part des initiatives locales, ou mieux régionales, exemplaires, en particulier celle du réseau TRENEAU en Rhône-Alpes [6], le système français est en l'état structurellement immature, faute de données, de moyens et de décisions stratégiques dans ce domaine. Il n'existe pas de maillage couvrant l'ensemble du territoire national, ni de labellisation des centres d'accueil de traumatisés grave, en dehors de l'initiative récente de l'Agence Régionale de Santé d'Île de France qui a abouti à la labellisation de six centres, cinq civils et un militaire. Ce déficit conduit à une prise en charge très hétérogène et potentiellement délétère pour le devenir de certains patients.

Pour cette raison, il convient de féliciter Corcostegui et al. [7] pour leur travail publié dans ce numéro des *Annales Françaises de Médecine d'Urgence*. Ces auteurs ont eu le courage de tenter une organisation régionale et de partager leur expérience. L'étude est une analyse rétrospective d'un recueil prospectif, avec une approche de type avant-après

---

T. Gauss  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), hôpital  
Beaujon, département d'anesthésie réanimation, F-92110 Clichy,  
France

M. Raux (✉)  
Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, UMRs  
INSERM1158, Paris, France  
e-mail : mathieu.raux@aphp.fr

AP-HP, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles Foix,  
département d'anesthésie réanimation, 47-83 boulevard de  
l'hôpital, F-75651 Paris cedex 13

mise en place d'une organisation en réseau pour les traumatisés sévères dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. À ce titre, elle vient renforcer le travail publié par Bouzat et al., montrant le bénéfice d'une organisation en réseau pour la prise en charge des traumatisés sévères [6]. Au sein de la région, des centres de traumatologie de niveaux 1, 2 et 3 ont été désignés et interfacés avec les antennes de SMUR et héli-SMUR. En parallèle, des critères de triage plus spécifiques et simples ont été développés pour disposer d'un langage commun.

L'étude démontre ce qu'on attend : le flux de patients change. À gravité égale, le nombre de patients orientés vers un centre spécialisé augmente et la zone de recrutement s'agrandit. Cette augmentation d'activité ne semble pas s'accompagner d'un engorgement du centre d'accueil par une utilisation inadéquate de la ressource, puisqu'en parallèle, le surtriage baisse de 45 % à 31 %. Notons que ce taux reste faible en comparaison de ce qui a été publié en Île de France [8]. Il est particulièrement intéressant de constater que la proportion des patients intubés augmente considérablement, ce qui peut être traduit comme une intensification des soins en préhospitalier. L'étude illustre également sur le plan pragmatique que, dans un réseau, le développement de référentiels cliniques de prise en charge partagés, couplés à des actions de formations, constitue des étapes indispensables au développement de ce réseau [9].

Il est important de noter que la démarche globale a pu bénéficier d'un soutien de la tutelle régionale, élément primordial pour assurer le succès du défi. Pour que la démarche puisse être reproduite et répandue sur le territoire, un soutien politique à l'échelle nationale paraît nécessaire, en étroite parternariat et concertation avec les acteurs du terrain.

Dans cette configuration, et avec des projets médicaux pilotés par des acteurs de terrain, il est possible de reproduire l'excellente initiative présentée dans ce travail. Ceci permet-

tra de répondre, à terme, au défi sanitaire de la prise en charge des traumatisés sévères, dans le but de réduire leur mortalité et morbidité.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs (TG et MR) déclarent être tous deux membres du bureau de la TRAUMABASE<sup>®</sup>, registre régional francilien de données sur le traumatisé sévère.

## Références

1. Shakur H, Roberts I, Piot P, et al (2012) A promise to save 100.000 trauma patients. *Lancet* 380:2062
2. Eastman AB, Mackenzie EJ, Nathens AB (2013) Sustaining a coordinated, regional approach to trauma and emergency care is critical to patient health care needs. *Health Affairs* 32:2091-8
3. MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al (2006) A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med* 354:366-78
4. Sampalis JS1, Denis R, Lavoie A, et al (1999) Trauma care regionalization: a process-outcome evaluation. *J Trauma* 46:565-79
5. Leppaniemi A (2005) Trauma systems in Europe. *Curr Opin Crit Care* 11:576-9
6. Bouzat P, Ageron FX, Brun J, et al (2015) A regional trauma system to optimize the pre-hospital triage of trauma patients. *Crit Care* 19:111
7. Corcostegui PS, Beaume S, Prunet B, et al (2015) Impact de la mise en place d'une filière régionale de traumatologie sur l'activité d'un centre référent. *Ann Fr Med Urg* 5:290-300
8. Hamada SR, Gauss T, Duchateau FX, et al (2014) Evaluation of the performance of French physician-staffed emergency medical service in the triage of major trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg* 76:1476-83
9. SAMU – Urgences de France (2015) Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. <http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf> (Dernier accès le 23 octobre 2015)