

# 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

La traumatologie grave est la première cause de mortalité chez les patients de moins de 40 ans et constitue une source non négligeable de dépendance à long terme [1]. Il existe un décalage important entre le poids sociétal de cette pathologie et l'investissement des tutelles dans l'organisation d'une filière spécialisée à l'échelle nationale, contrairement à l'infarctus du myocarde, à l'accident vasculaire cérébral ou aux maternités [2]. Pourtant, l'organisation territoriale de cette filière de soins est indispensable puisque la prise en charge du traumatisme grave est l'exemple prototypique d'une activité transdisciplinaire et multiprofessionnelle dépendante du plateau technique de chaque établissement de santé et des compétences des équipes. Cet effort de structuration nationale a été réalisé il y a plus de dix ans en Amérique du Nord, au Royaume-Uni, en Allemagne et dans les pays scandinaves [3]. Garantir une égalité d'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire français est actuellement le défi majeur en traumatologie grave, d'autant plus important que la France fait face à une menace terroriste intense [4].

---

Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE) · P. Bouzat (✉)  
Pôle anesthésie-réanimation, Grenoble-Alpes Trauma centre,  
CHU Grenoble-Alpes, F-38000 Grenoble, France  
e-mail : PBouzat@chu-grenoble.fr

\* Membres du GITE : J. Abba (Grenoble), F.-X. Ageron (Annecy), P. Albaladejo (Grenoble), C. Arvieux (Grenoble), P. Balandraud (Toulon), S. Barbois (Grenoble), B. Bijok (Lille), X. Bobbia (Nîmes), P. Bouzat (Grenoble), B. Champigneule (Paris), J. Charbit (Montpellier), F. Cook (Créteil), J.-S. David (Pierre-Bénite), L. Delamarre (Toulouse), G. De Saint Maurice (Clamart), J. Duranteau (Le Kremlin-Bicêtre), J. Frandon (Nîmes), D. Garrigue (Lille), E. Gay (Grenoble), T. Gauss (Clichy), T. Geeraerts (Toulouse), S. Hamada (Le Kremlin-Bicêtre), A. Harrois (Le Kremlin-Bicêtre), H. Kobeiter (Créteil), M. Leone (Marseille), A. Levrat (Annecy), S. Mirek (Dijon), A. Nadji (Dijon), C. Paugam-Burtz (Clichy), J.-F. Payen (Grenoble), S. Perbet (Clermont-Ferrand), C. Perrenot (Nancy), J. Picard (Grenoble), R. Pirracchio (Paris), I. Plenier (Lille), J. Pottecher (Strasbourg), S. Rigal (Paris), B. Riou (Paris), D. Savary (Annecy), T. Secherresse (Chambéry), K. Tazarourte (Lyon), F. Thony (Grenoble), J. Tonetti (Grenoble), C. Trésallet (Paris), P.-F. Wey (Lyon), M. Raux (Paris), D. Sapir (Corbeil)

Pour répondre à ce défi, des médecins urgentistes, anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et radiologues interventionnels se sont réunis à deux reprises (en 2017 à Grenoble puis en 2018 à Genève) et, à l'issue d'échanges soutenus, se sont constitués en un Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE). L'objectif de ce groupe est d'améliorer la qualité de la prise en charge des traumatisés graves et de garantir une égalité de soins sur le territoire. Un espace de concertation multidisciplinaire a ainsi été créé afin d'établir les étapes stratégiques de la constitution d'une organisation nationale pour la prise en charge des patients traumatisés sévères [5].

Les axes stratégiques identifiés par le GITE sont les suivants.

### Établir un réseau de soins national en traumatologie

La labellisation des centres hospitaliers en centres de traumatologie doit être effectuée selon la disponibilité et la performance du plateau technique 24 heures/24, de la géographie de chaque région et du volume d'activité des centres. Cette labellisation doit se décliner selon une classification des centres par niveau 1, 2 ou 3 (le niveau 1 étant le plus élevé) selon des critères prédéfinis. Le processus de certification devra s'appuyer sur un cahier des charges validé par les sociétés savantes en accord avec les tutelles. La déclinaison régionale de cette organisation devra s'adapter aux particularités et contraintes tant géographiques que démographiques de chaque région. Associés à la labellisation des centres, des algorithmes de triage doivent garantir une orientation des patients vers les centres de traumatologie capables de traiter définitivement les lésions post-traumatiques. La réunion de Grenoble en 2017 a établi les bases d'une classification commune des centres de traumatologie [5]. Cette organisation doit aussi tenir compte des organisations existantes et des modalités actuelles de régulation médicale par le service d'aide médicale urgente garantissant un engagement médical préhospitalier [6].

## Établir un registre national des patients traumatisés

Des registres régionaux ont été créés dans certains territoires français ; il existe cependant peu d'initiatives vers la convergence du recueil de données ou vers un hébergement commun de ces données. Dans un premier temps, un registre national permettra d'établir une cartographie et un état des lieux de la situation sanitaire actuelle afin d'estimer les besoins selon les ressources existantes et le volume de patients par région et par centre. Le recueil de données médicales est également obligatoire pour évaluer l'organisation grâce à des indicateurs tels que : la différence entre mortalité observée et mortalité prédite, les proportions de sous et de surtriage et la mortalité évitable. La réunion de Genève a établi :

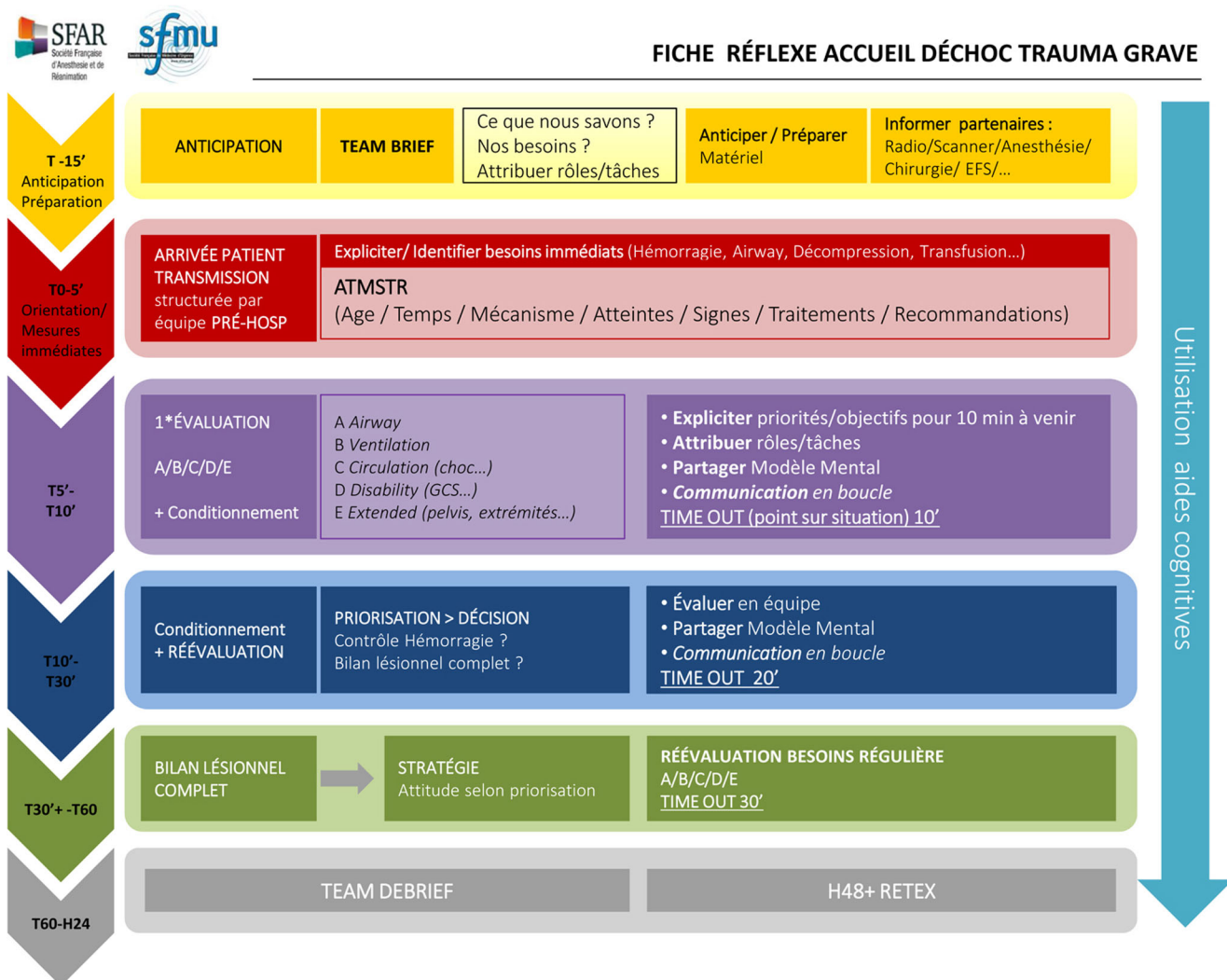
- les critères d'inclusion dans le registre ;

- les caractéristiques des données minimales communes sur l'ensemble du territoire en accord avec les données existantes européennes ;
- l'hébergement de cette base de données.

L'objectif final est de rendre obligatoire l'implémentation du registre dans les centres de traumatologie dans le cadre de leur labellisation. L'originalité de ce registre réside dans le recueil de données médicales dès le préhospitalier jusqu'à la phase de rééducation tout en intégrant les données de réanimation.

## Établir un cursus de formation en traumatologie grave

La création de référentiels propre à chaque discipline, mais aussi intégrant la prise en charge pluridisciplinaire et



**Fig. 1** Exemple de fiche réflexe en cours de construction avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et la Société française de médecine d'urgence (SFMU) pour la prise en charge des patients traumatisés sévères

pluriprofessionnelle, ainsi que des manuels de prise en charge est un objectif majeur du groupe afin d'établir des formations standardisées nationales, adaptées à chaque niveau de compétences des centres de traumatologie. Sous l'impulsion du groupe, une coordination nationale pour la création de fiches réflexes en traumatologie a été établie sous l'égide la SFAR et de la SFMU (Fig. 1). La création de grilles d'évaluation des compétences va permettre dans un deuxième temps la certification des centres sur la base des formations acquises obligatoires.

En résumé, le groupe a identifié la traumatologie grave comme un modèle de système de santé : transparent, évalué, axé sur les patients et les professionnels et centré sur les liens entre patients et professionnels et entre professionnels. Ce système regroupe :

- un soin critique lourd concentré dans un plateau technique performant dans des centres d'excellence ;
- un soin moins intense décentralisé à proximité du patient.

Cet élan national utilise la traumatologie grave comme un modèle d'analyse : identification des besoins, estimation des ressources présentes et nécessaires, structuration, évaluation factuelle sur la base d'indicateurs scientifiquement validés et homogénéisation des pratiques et des formations selon le niveau de compétences. Ce modèle de filière de soins pourra également exercer un effet structurant pour l'ensemble des filières de soins critiques dans d'autres domaines.

**Conflits d'intérêts :** les journées monothématiques de traumatologie sévères ont été sponsorisées par l'entreprise Johnson and Johnson.

## Références

1. Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, et al (2016) The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev* 22:3–18
2. République française (1998) Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id> (Dernier accès le 14 décembre 2018)
3. David JS, Bouzat P, Raux M (2019) Evolution and organisation of trauma systems. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38:[in press]
4. Hirsh M, Carli P, Nizard R, et al (2015) The medical response to the multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet* 368:2535–8
5. Gauss T, Balandraud P, Frandon J, et al (2019) Strategic proposal for a national trauma system in France. *Anaesth Crit Care Pain Med* 38:[in press]
6. Yeguiayan JM, Yap A, Freysz M et al (2012) Impact of whole-body computed tomography on mortality and surgical management of severe blunt trauma. *Crit Care* 16:R101