

Un « trauma center » réduit la mortalité des blessés graves

Un accidenté de la route, un ouvrier tombé d'un toit, une personne ivre qui chute de son balcon, une autre qui rate son suicide ou qui reçoit des coups de couteau voire, dans des circonstances plus exceptionnelles, qui est victime d'une scène de guerre comme peut l'être un attentat terroriste...

Qualifiées de blessés graves – les lésions engagent le pronostic vital ou risquent de provoquer une invalidation irrémédiable –, ces personnes sont désormais orientées vers le *trauma center* lorsqu'elles sont admises au CHR de la Citadelle à Liège. Le seul de ce type en Belgique francophone, celui de la KUL Leuven étant agréé par un organisme des Pays-Bas.

Selon un protocole de prise en charge agréé par un organisme allemand – la Belgique n'en a pas –, tout est mis en place pour réduire la mortalité des patients. Cette organisation médicale semble porter ses fruits puisque, après un an de fonctionnement, la diminution de mortalité des blessés graves admis au CHR a baissé de près de 30 %. Un chiffre à prendre avec des pincettes vu la relative étroitesse de la base sta-

tistique, 230 blessés graves par an admis au CHR.

« *Etre agréé trauma center, c'est avant tout répondre à une organisation rigoureuse où le corps médical qui intervient en première ligne a un rôle bien identifié au sein d'une chaîne de soins horizontale, où l'apport en pochettes de sang, le recours à des radiographies et le transfert au bloc opératoire ne souffrent d'aucun retard* », explique le docteur François Pitance, coordinateur du *trauma center* du CHR de la Citadelle.

Pas une seconde à perdre

Dès le premier appel au service des urgences, un encodage de l'état du blessé et d'autres paramètres sont envoyés sur le téléphone de l'équipe d'intervention en salle, soit trois infirmiers et deux médecins ainsi qu'à la banque du sang, en radiologie et au bloc opératoire. Les rôles sont fixés avant l'intervention en fonction de l'état annoncé du patient et chacun est identifié par une couleur et une lettre, avec la désignation d'un *team leader*.

Dès l'arrivée du blessé en salle de déchoquage, le chronomètre est enclenché. « *Nous avons une vingtaine de minutes pour tenter*

de stabiliser le blessé. La priorité va être de stopper l'hémorragie massive », explique François Pitance. Pour cela, le *trauma center* dispose d'une banque de sang avec un approvisionnement en continu et un perfuseur utilisé en chirurgie de guerre qui permet de transfuser un maximum d'un litre de sang par minute. La salle de déchoquage comprend également un échographe mobile qui permet de détecter les hémorragies internes.

A ce moment, chacun remplit sa mission, énonçant sereinement les actes qu'il pose tandis que, un peu à l'écart, un infirmier note scrupuleusement les interventions et leurs effets, ce qui permet au *team leader* de mieux évaluer la suite des opérations. Direction le bloc opératoire ou le service de radiographie – il faut deux minutes pour faire un scanner total du corps –, avant une intervention chirurgicale de sauvetage.

Les priorités ont changé

Le *trauma center* englobe les soins intensifs et la revalidation. Et, en amont, il s'attache aux mesures de prévention des traumatismes voire à la question des pre-

miers soins. « *Aujourd'hui, la stabilisation du blessé grave sur les lieux de l'accident n'est plus une priorité absolue. Le transfert rapide vers un trauma center comme le CHR de la Citadelle permet de stopper des hémorragies impossibles à traiter sur place* », explique François Pitance.

L'agrément obtenu par le CHR de la Citadelle auprès d'un organisme allemand intègre un important volet de formation et d'évaluation. « *Nos interventions font l'objet de débriefing dans le but d'améliorer continuellement la prise en charge* », explique François Pitance. Une fois par semaine, une formation sur un mannequin informatisé (lire ci-dessous) est censée maintenir à niveau le corps médical (une centaine d'infirmiers et une quarantaine de médecins), de la même manière qu'une équipe de formule 1 s'entraîne à améliorer la performance de l'arrêt au stand.

« *Les pays qui ont développé une démarche globale de trauma center ont fait baisser de 50 % la mortalité après un traumatisme*, explique François Pitance. *Nous pouvons aussi y arriver.* » ■

PHILIPPE BODEUX

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

Un mannequin pour s'entraîner

Il respire, transpire et parle. Ses yeux bougent, le pouls varie en fonction de son état. Il est pourvu de veines qui permettent de lui faire un garrot afin d'arrêter une hémorragie. Ce mannequin robotisé dont les actions peuvent être programmées ou commandées à distance via une tablette est capable de simuler tous les traumatismes. Un investissement de 100.000 euros consenti par le CHR de la Citadelle de manière à réaliser une formation constante des équipes et d'augmenter leur cohésion. « *Seuls des entraînements réguliers peuvent permettre d'améliorer la prise en charge*, explique l'infirmier-formateur Stéphane Thomsin. *Nous pouvons apprendre par exemple la pose d'une perfusion intra-osseuse, nécessaire lorsque les veines, vidées de leur sang ne supportent pas une perfusion classique. Les formations sont filmées, de manière à évaluer les actes posés.* »

Mortalité de blessés graves : la Belgique peut mieux faire

Si l'on compare le rapport entre le nombre total de décès et le nombre de décès après un traumatisme, le score de la Belgique (6 %) est supérieur à la moyenne européenne. Ainsi, en Belgique, sur 100.000 personnes victimes d'un traumatisme, 65 décèdent contre 39 aux Pays-Bas, 30 au Royaume-Uni ou 50 dans l'Union européenne. En Belgique, la mortalité par traumatisme est la première cause de décès chez les 1-35 ans et responsable de 80 % des décès des adolescents et de 60 % des enfants. « *Elle a un coût plus important pour la société que le cancer ou maladie cardio-vasculaire* », affirme le docteur François Pitance. Au Canada, la mise en place d'un *trauma system* à l'échelle du pays a permis de faire passer le décès chez les traumatisés graves de 52 à 8,6 %.

PH.B.

aide psy Le nécessaire soutien aux équipes soignantes

Depuis mardi, les équipes soignantes des différents hôpitaux qui ont accueilli des victimes des attentats sont mises à rude épreuve. Certaines confrontations sont difficiles, même pour des professionnels rompus au contact quotidien avec la souffrance, la détresse et la mort. « On s'est battu toute la nuit pour le sauver, mais il est mort au petit matin. Il était tout jeune », témoigne une infirmière en larmes. D'autres attestent de blessures difficiles à supporter, parce que jamais vues en si peu de temps, même lors d'explosions de gaz. « Dans le corps de certains patients, on a parfois retrouvé jusqu'à cent morceaux métalliques. Terrible à voir. »

Tous les patients et leurs familles sont pris en charge par des équipes d'aide psychologique, mais selon leurs besoins. Cette aide est aussi apportée aux soignants exposés à l'indicible. « On pense souvent qu'il faut nécessairement que les gens parlent pour se soulager, mais en fait la manière de réagir est éminemment individuelle », explique le docteur Gérald Deschietere, responsable de l'Unité de crise et d'urgences psychiatriques des cliniques universitaires Saint-Luc (UCL). Nous devons montrer qu'on est là, qu'on est disponible pour entendre cette parole, mais pas créer de l'angoisse supplémentaire en faisant exprimer cette angoisse. Le simple fait de pouvoir partager, de témoigner que ce que l'on a ressenti était difficile, peut déjà

aider. Un être humain veut marquer le coup, dire que ce à quoi il a été confronté n'est pas normal. Il faut réaccueillir dans l'humanité. C'est évidemment très aigu avec les victimes, mais il ne faut pas présumer que l'expérience professionnelle des soignants les protège. Il faut être vigilant, et l'être dans la durée. Ce qu'on appelle syndrome de stress post-traumatique n'apparaît d'ailleurs qu'après un mois, si le psychisme ne revient pas à une sorte d'équilibre. Si l'on dort mal, que l'on réagit au bruit, à une porte qui claque, que les maux de tête se multiplient, par exemple. Ce sont

des syndromes de dépression, mais ce n'est pas de la dépression. Chez des victimes, cela peut même aboutir à une sorte de dédoublement de la personnalité, des gens doux qui deviennent agressifs, dont le comportement change radicalement ou qui ont l'impression de vivre dans une réalité décalée, que ce monde n'est plus le leur. »

Pour les professionnels de santé, la tension est maximale et les moments de ressourcement rares. « Mardi, il n'y a eu aucun problème entre la prise en charge des malades et le début de l'après-midi. Tout le monde était dans l'intensité extrême pour faire au mieux. On ne se pose pas de question, on voit les blessures sans place pour l'émotion car on veut être le plus efficace. Puis, au début de l'après-midi, alors qu'on se tenait prêt pour d'autres victimes, on s'est rendu compte », témoigne le professeur Jacques Créteur, chef de service des soins intensifs à Erasme (ULB).

« La terreur agit comme une onde de choc qui a atteint les victimes, mais aussi leurs proches et ceux qui luttent à leurs côtés pour les aider à s'en sortir. Notre rôle dans ce cas est humble. On écoute, on soutient. On atteste auprès de ceux qui en ont besoin qu'ils font bien partie de la communauté humaine, nous accueillons toutes les émotions qui les affectent et tentons de les rassurer autant que possible », explique Gérald Deschietere.

« Moi, je ne veux pas en parler, c'est intime, je ne veux pas l'étaler devant des gens que je ne connais pas », se rebiffe un autre soignant. « C'est pour cela qu'il est important que les équipes psy accompagnent les autres équipes toute l'année, afin de se connaître, d'avoir confiance », explique Gérald Deschietere. Depuis mardi, nous avons aussi reçu d'innombrables offres de service et de soutien pour aider les victimes, leur famille et les soignants. Jusqu'ici, cela n'a pas été nécessaire, même si nos équipes étaient renforcées. Mais c'est aussi une belle leçon, cette solidarité. » ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS