

« Qui trop embrasse mal étroit ». Le *damage control* n'est pas la solution universelle !

“Jack of all Trades, Master of None”. *Damage Control* is not the Universal Solution

F. Braun · P. Carli · J.-P. Tourtier

© SFMU et Lavoisier SAS 2016

À la suite des terribles attentats de l'année écoulée, le concept du « *damage control* » (DC), bien connu de nos collègues militaires et dont l'application civile en préhospitalier avait été anticipée [1], a connu un véritable succès dans notre monde hospitalier mais aussi dans celui des secouristes. À la demande du ministère de la Santé, les formations, mises en place conjointement par le Service de santé des Armées et le Conseil national de l'urgence hospitalière, ont largement contribué à la compréhension et à la diffusion de cette pratique dont l'intérêt était évident face à un risque terroriste accru au cours de l'Euro de football. Victime de son succès quasi « médiatique », le DC a non seulement été mis à toutes les sauces (psychiatrie, décontamination...) mais il a été aussi l'objet d'une surenchère effrénée. Certains professionnels, qui n'avaient ni anticipé ni analysé la place de cette pratique, en sont devenus subitement des partisans du « jusqu'au-boutisme ». En assimilant sans autre forme de procès le DC et « *scoop and run* », ils ont cru redécouvrir LA solution universelle à la prise en charge des urgences préhospitalières. Mais qui « trop embrasse mal étroit » ! En confondant vitesse et précipitation, nous risquons de lâcher la proie pour l'ombre, c'est-à-dire de sacrifier à la vitesse du transport la qualité des soins et la survie ! En effet, le DC préhospitalier n'est pas une fuite éperdue vers l'hôpital, c'est l'identification du bon patient (triage en extrême urgence / urgence absolue) afin qu'il reçoive une réanimation adaptée à son état hémodynamique (DC préhospitalier), un transport prioritaire pour une

chirurgie d'hémostase (éventuellement écourtée, DC chirurgical) associée à un contrôle de l'hémostase et de la volémie (DC réanimation). C'est ainsi qu'on maximalise la survie. Le DC n'est pas la négation de notre organisation des urgences mais un nouvel exemple de sa pertinence et de son adaptabilité. Sans expertise ni régulation médicale, le transport immédiat des victimes d'attentats à l'hôpital, ne peut que conduire à une dégradation des soins [2].

Médecins, nous devons aux patients que nous prenons en charge des soins consciencieux et de qualité, basés sur les données de la science et les recommandations professionnelles [3] : c'est ce que nous nous efforçons de réaliser, tous les jours, dans nos structures de médecine d'urgence en appliquant le juste soin [4] et en construisant des parcours de soins d'urgence adaptés à chaque situation. Le meilleur exemple, nous le savons tous, est représenté par la prise en charge du syndrome coronarien aigu ! Mais d'autres parcours de soins d'urgence sont maintenant identifiés : accident vasculaire cérébral, arrêt cardiaque, traumatisé grave, hémorragie digestive... La médecine d'urgence est une médecine de parcours [5] et nous sommes les garants de ces filières.

L'application du concept de « *damage control* » doit donc être vue et comprise comme un parcours de soins spécifique, répondant exclusivement à la problématique d'un afflux de blessés graves par balles.

Il ne viendrait à l'idée d'aucun urgentiste de prendre en charge un accident vasculaire cérébral comme un syndrome coronarien ST+, alors que, pour un profane, le mécanisme lésionnel est comparable et le traitement parfois identique... Il doit en être de même entre le blessé par balle et le traumatisé grave non pénétrant... Si le premier, survit grâce au DC, le second doit bénéficier d'une stabilisation de ses lésions avant le transport à l'hôpital [6].

Ce qui fait la richesse de notre médecine d'urgence, et particulièrement de sa composante préhospitalière, c'est justement cette prise en charge médicale spécialisée, la plus précoce possible, adaptée, ajustée à chaque patient et non une prise en charge stéréotypée de *fast-médecine*, seulement satisfaisante pour la moyenne statistique des cas traités.

F. Braun (✉)

Chef de service des structures de médecine d'urgence,
hôpital de Mercy, CHR Metz-Thionville, hôpital de Mercy,
1 allée du château - CS45001, F-57085 Metz cedex 03
e-mail : fr.braun@chr-metz-thionville.fr

P. Carli

Chef de service du Samu de Paris,
Président du conseil national de l'urgence hospitalière

J.-P. Tourtier

Médecin chef de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris

Références

1. Tourtier JP, Palmier B, Tazarouret K, et al (2013) The concept of damage control: extending the paradigm in the prehospital setting. *Ann Fr Anesth Reanim* 32:520–6
2. Frykberg ER (2002) Medical management of disasters and mass casualties from terrorist bombings: how can we cope? *J Trauma* 53:201–12
3. Article 32 du Code de Déontologie médicale (Article R4127-32 du code de la santé publique). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912894&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20101027&oldAction=rechCodeArticle> (Dernier accès le 29 septembre 2016)
4. Braun F (2015) Organisation de la médecine d'urgence en France. *Rev Prat* 25:34–40
5. Nemitz B, Carli P, Carpentier F, et al (2012) Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. *Ann Fr Med Urg* 2:125–38
6. Yeguiayan JM, Garrigue D, Binquet C, et al (2011) Medical pre-hospital management reduces mortality in severe blunt trauma: a prospective epidemiological study. *Crit Care* 15:R34