



Editorial

On doit à l'initiative individuelle, à la volonté et à la persévérance de chirurgiens et de médecins convaincus de l'intérêt de développer des structures spécifiques pour traiter les brûlés qu'une vingtaine de centres de traitement ont été créés en France depuis l'inauguration en juillet 1952 par le Professeur Pierre Colson du premier d'entre eux. Ces centres ont été créés, certes de façon non planifiée et sans directive, mais pour répondre à des besoins locaux, régionaux, et nationaux. Chacun a su développer et adapter au mieux son propre modèle de centre en fonction des conditions locales en terme de locaux, de matériels et de personnels dont il pouvait disposer. C'était une étape nécessaire pour démontrer l'intérêt et le bien fondé du développement des centres de traitement des brûlés, mais qui a abouti à des modes de fonctionnement très divers sans qu'on puisse en préciser les meilleurs.

L'évolution des pratiques médicales, qui doit permettre à chaque patient de pouvoir bénéficier de la meilleure qualité des soins, d'un même niveau de compétence et de sécurité, quel que soit le lieu de traitement, implique une normalisation des moyens en terme de structure et de personnel médical et paramédical. Ce qui implique d'adapter les moyens aux pratiques médicales et non plus d'adapter les pratiques médicales aux moyens.

Dans ce sens, l'année 2002 devrait voir l'aboutissement des discussions relatives à l'organisation et au fonctionnement des centres français de traitement des brûlés entre les représentants du ministère de la santé et les représentants des professionnels de santé. Sans préjuger du résultat définitif de ces discussions et des textes réglementaires qui en résulteront, il se dégage un certain nombre de points positifs et forts, qui traduisent également la reconnaissance de la gravité et de la spécificité des patients à traiter, avec notamment l'individualisation d'un secteur de réanimation pour les grands brûlés avec son personnel paramédical, l'obligation de la présence d'un réanimateur 24 heures sur 24, la composition de l'équipe médicale pluridisciplinaire, le niveau de qualification des médecins et la constitution de réseaux de prise en charge des patients en amont et en aval du centre de brûlé.

L'obligation de constituer une équipe de médecins, de compétence reconnue en chirurgie, en réanimation, en anesthésie et en rééducation, pour participer conjointement à la prise en charge du patient est déterminante non seulement pour assurer aux patients la meilleure qualité des soins et la plus grande sécurité mais également pour l'avenir même des centres de brûlés. En effet des médecins spécialistes seniors sont indispensables pour que les centres de brûlés soient reconnus dans chacune de ces disciplines comme des lieux de stage, formateurs, attractifs et validant pour les internes, seule possibilité d'attirer de jeunes médecins vers cette spécialité et ainsi assurer la pérennité et le développement des centres de brûlés.

Il est probable que l'application de ces mesures réglementaires, ne se fera pas toujours sans difficultés compte tenu des contraintes budgétaires et surtout des difficultés actuelles de recrutement du personnel médical dans les hôpitaux publics. Mais on ne peut qu'adhérer à cette évolution qui marque la reconnaissance de la place des centres de traitement des brûlés dans le système de santé français.

Olivier GRIFFE
Président de la SFEBT