

Le médecin généraliste doit-il encore s'occuper des urgences?

Evolution du rôle du médecin de garde depuis l'avènement des SMUR

F. Pilet, L. Robyn

Gruyère 2002 a vu deux groupes partager leurs expériences et leurs idées sur le sujet. Les échanges furent riches, parfois vifs, et certainement bénéfiques. Un généraliste certifié en médecine d'urgence participait dans chaque groupe. Cet article résume les réflexions issues de cette journée, ainsi qu'une série de messages que les deux groupes, réunis pour un débat l'après-midi, ont eu à cœur d'adresser à un certain nombre de protagonistes (confrères généralistes, spécialistes de médecine d'urgence, responsables des SMUR et des centrales 144, sociétés médicales, autorités politiques, population, ...).

Am Fortbildungstag in Gruyère 2002 haben zwei Gruppen ihre Erfahrungen über die Rolle der Allgemeinärzte in der Behandlung von Notfällen ausgetauscht. Dieser Beitrag fasst die wichtigen Erkenntnisse dieser Tagung zusammen. Nach einer Zusammenfassung der Resultate der beiden Workshops am Nachmittag wurde eine Reihe von Botschaften formuliert. Sie richten sich an die Kollegen Grundversorger, die Notärzte, die Verantwortlichen der 144er-Zentralen, die Verantwortlichen der medizinischen Fachgesellschaften, die Politiker und die Patientinnen und Patienten ...

Rappels et définitions

SMUR

SMUR signifie Service Mobile d'Urgence et de Réanimation. Il en existe différents types:

- *Système stationnaire*: Le médecin d'urgence intervient avec un véhicule de sauvetage (ambulance de secours type C ou hélicoptère) stationné sur son lieu de travail.
- *Prise au lieu de travail*: Une ambulance de secours (type C) vient chercher le médecin d'urgence appelé à intervenir. Afin d'éviter une perte de temps inutile, le véhicule ne devra pas être stationné trop loin du lieu de travail du médecin d'urgence.

- *Rendez-vous*: Le médecin d'urgence intervient avec son propre véhicule d'intervention; l'ambulance de secours (type C) rejoint le lieu d'accident indépendamment du médecin d'urgence. Le véhicule de ce dernier est équipé de la même manière qu'une ambulance de secours (type C), mais il ne permet pas le transport des patients.

Médecin généraliste

Appelé, avec d'autres, *médecin de premier recours*, il a cette vision globale, cet esprit de synthèse et la pratique de l'urgence dans son propre cabinet. Il craint les gestes sophistiqués soumis à de fréquentes modifications, et le fait de ne pas avoir une pratique routinière en matière de «grandes urgences».

Il a peur que la maladresse ou la difficulté décisionnelle le place dans une mauvaise situation vis-à-vis du patient ou de sa famille, des ambulanciers et d'une éventuelle poursuite judiciaire.

Offres de formation en médecine d'urgence pour les médecins de premier recours:

Cours Medifan (jours d'enseignement très pratique, donnés à Sion pour la Suisse romande). Chaque médecin général doit participer à un cours comme le cours Medifan pendant sa formation postgraduée.

Cours de quatre jours pour médecins d'urgence reconnus par la SSMUS (Société Suisse de Médecin d'Urgences et de Sauvages).

Cours organisés par la SSMUS ou la Société Suisse de chirurgie (SSC) (ATLS) avec réussite à l'examen:

- Advanced Cardiac Life Support (ACLS)
- Advanced Trauma Life Support (ATLS)
- Pediatric Advanced Life Support (PALS)

Certification en médecine d'urgence

La certification en médecine d'urgence nécessite une formation spéciale: L'activité clinique dure 3 ans, dont au moins 1 an d'anesthésiologie dans un hôpital de catégorie A, B ou C, 1 an de chirurgie générale dans un hôpital de catégorie A, BI, BII (2 ans) ou 1 an de médecine interne générale dans un hôpital de catégorie A, B ou C, pour autant que des patients aigus soient admis au service des urgences, 3 mois d'activité à titre principal au service des urgences d'un hôpital de catégorie A ou B, resp. BI (chirurgie) [1] et 3 mois

d'activité à titre principal en médecine intensive, dans un établissement de formation reconnu ou une unité de soins intensifs dont le responsable est détenteur du titre de spécialiste. La formation clinique peut être effectuée dans le cadre de la formation post-graduée pour un titre de spécialiste FMH.

L'Attestation de Formation Complémentaire (AFC) de médecin d'urgence est délivrée pour une durée de deux ans, au cours desquels le médecin d'urgence devra pratiquer 50 interventions de médecin d'urgence dans un service de sauvetage reconnu pour la formation par la SSMUS.

Les conditions pour l'obtention définitive de l'AFC sont ainsi remplies. Une évaluation finale n'est plus nécessaire.

Discussions en groupes

Nous avons appris au cours de la journée que pour être «rentable» un SMUR devrait fonctionner pour une population de 100 000 habitants au moins (population qui «produit» en moyenne un événement médical grave par jour) et pour autant que cette population puisse être atteinte en moins de 15 minutes. Autant dire que seules les villes d'une certaine importance répondent à ces critères. Ces chiffres sont confirmés par l'expérience de Neuchâtel [1].

En régions rurales ou semi-rurales, d'autres systèmes doivent être inventés tels que le modèle Grison, dans lequel une quarantaine de médecins de premier recours, bénéficiant d'une formation continue pour les urgences et répartis sur tout le territoire, forment une sorte de réseau auxquels les ambulanciers ou les centrales d'alarme peuvent faire appel, selon le système du rendez-vous. L'Etat fournit le matériel et assume financièrement son renouvellement et son entretien. Plusieurs régions de notre pays connaissent des SMUR dans lesquels sont engagés des médecins de premier recours, souvent sous la supervision d'un médecin anesthésiste, en même temps responsable de l'organisation et de la formation continue [2].

Dans nos discussions, nous nous sommes aperçus très vite de la grande différence de situation entre médecins de villes (où le médecin de garde s'occupe très rarement d'urgences médicales vitales, et encore moins chirurgicales) et médecins des zones rurales ou semi-rurales.

Dans les grandes villes, le médecin de garde ne s'occupe en principe ni des divers bobos du week-end ou du soir, pour lesquels la population peut s'adresser aux nombreuses permanences, ni des urgences vitales pour lesquels sont appelés les SMUR et autres cardio-mobiles. Les rôles y semblent assez bien définis.

C'est en dehors de ces centres urbains que se posent des problèmes de rôle, d'identité et d'organisation. Certains confrères sont utilisés comme «bouche-trous»: un SMUR emmenant un assistant ou chef de clinique de l'hôpital intervient de jour alors que la nuit, ces confrères sont appelés à la rescousse, d'où un manque d'entraînement et de confiance, et des interventions d'autant plus angoissantes et stressantes.

Dans d'autres régions, les confrères sont simplement mis de côté: ils entendent l'ambulance et le SMUR, partis de 15 à 20 km, passer sous leur fenêtre pour porter secours à deux pas de leur cabinet, parfois à leurs propres patients et quelquefois pour des événements mineurs tels qu'une simple hyperventilation. Et qui plus est, dans les cas graves comme dans les moins graves, le médecin traitant n'est même pas averti de l'intervention.

De cette première discussion sont ressortis deux séries de problèmes:

1. Les problèmes d'interfaces:

- système privé - système public d'Etat (financement)
- population - alarmes - envoi de secours (comment se fait le tri)
- médecin de premier recours - équipes spécialisées: problèmes de langage, de matériel, de mise en scène, de costumes ... (Comment harmoniser, langage, matériel, technique)?
- organisation interne d'un cabinet - organisation régionale de secours (structure et coordination)

2. Les problèmes de compétences:

- comment acquérir et surtout maintenir des compétences dans ce domaine? Est-ce à notre portée?
- dans le cas des confrères mis de côté par les systèmes d'urgence, ne vont-ils pas perdre leurs compétences: dans leur cabinet ou à domicile, lorsque la situation se péjore sous leurs yeux, sauront-ils encore comment réagir?

- aspects médico-légaux: jusqu'où un médecin de premier recours va-t-il s'investir (en admettant qu'il a aussi été alerté) s'il court le risque de se faire reprocher, juridiquement, des gestes mal maîtrisés ou un matériel insuffisant?
- les questions de leadership sur le lieu d'intervention posent parfois problème également: en l'absence d'un médecin spécialiste d'urgence, le simple généraliste sans habit *fluo* a-t-il encore quelque chose à dire aux ambulanciers IAS, tout droit sortis de la série «Urgences»?

Après ces réflexions issues de situations vécues par les participants, les groupes se sont livrés au jeu des avantages et inconvénients:

Que nous a apporté de positif et de négatif la mise en place des centrales 144 et des SMUR?

Positif	Négatif
Soulagement	Effet shunt (du médecin traitant)
Stress moindre	Démotivation des généralistes
Permanence	Démobilisation des généralistes (qui, de plus en plus, refusent d'intervenir en urgence, ne s'estiment plus compétents et demandent de s'adresser aux spécialistes)
Accessibilité	Délai d'intervention (lié à la centralisation et aux distances)
Visibilité	Effet «Spielberg» sur la population (avec tendance à médicaliser de manière lourde et voyante des situations très banales)
Rapidité d'accès au système	L'hyperspécialisation
Travail en réseau (pour les généralistes intégrés au système)	

Le débat de l'après-midi a débouché sur une série de messages:

1. *A vous confrères, médecins de premier recours:*
 - Vous êtes et serez toujours indispensables dans la chaîne de l'intervention d'urgence (premier recours signifie aussi parfois premier secours): par votre proximité, par votre connaissance des lieux et des patients, par votre intégration dans la population et dans les réseaux de soins, vous resterez un maillon précieux.
 - Vous êtes le relais essentiel pour assumer l'urgence dans l'attente des moyens plus spécialisés.
 - Vous n'avez pas le devoir de réussir mais celui de tenter ce qui est possible, dans la mesure de vos compétences.
 - Vos compétences peuvent s'améliorer ou s'entretenir, dans ce domaine comme dans d'autres, par des cours très pratiques qui vous sont proposés et dont les socié-

tés médicales de votre région et les services de santé publique devraient être garants.

- Il n'est pas nécessaire d'être un spécialiste à la «Spielberg» pour être utile en situation d'urgence.
- Apprenez à connaître et à respecter la formation et la compétence des ambulanciers et autres spécialistes des secours: vous en apprécierez d'autant plus la collaboration.

2. *A vous spécialistes de médecine d'urgence:*

- Ne démobilités pas les médecins de premier recours en plaçant la barre trop haut, en parlant toujours d'intubation ou autres gestes techniques qui nécessitent un entraînement très régulier. C'est à vous de redonner confiance aux généralistes en ne dénigrant pas les compétences qu'ils ont déjà acquises jusque-là et en insistant sur des messages simples permettant d'améliorer ces compétences. C'est aussi à vous, en collaboration avec les sociétés médicales, d'organiser des cours qui associent les ambulanciers, les centralistes 144 et les médecins de premier recours, afin qu'ils se connaissent mieux, qu'ils harmonisent leurs langages et se familiarisent avec le matériel.

3. *A vous, les responsables des centrales 144 ...*

... nous demandons d'améliorer continuellement les compétences de tri des centralistes, en tenant compte des remarques des médecins de premier recours et autres gens de terrain.

4. *A vous responsables des sociétés médicales ...*

... nous demandons de veiller à la démobilitation générale qui s'annonce en rappelant à chacun son devoir de garde et d'intervention, et surtout en favorisant dans chaque région des cours pratiques réguliers, en collaboration avec les médecins d'urgences, les ambulanciers et centralistes 144.

A vous aussi de rappeler aux autorités politiques qu'un service général de garde et d'intervention d'urgence pour la population est une prestation qui nécessite un soutien financier (voir par exemple le modèle des Grisons).

5. *A vous, autorités politiques ...*

... nous rappelons qu'il est de votre devoir de soutenir le corps médical dans ses efforts de

formation et de disponibilité visant à couvrir les besoins de la population en cas d'urgence. Un soutien financier, au minimum pour le financement des cours et le matériel (exemple du modèle des Grisons) paraît indispensable à moyen terme. Soyez convaincus que les médecins font au mieux de leurs compétences dans ces situations d'urgence.

6. A vous population de nos régions ...

... nous demandons de ne pas vous laisser éblouir par des séries télévisées qui déforment la réalité. En cas d'urgence qui vous pa-

raît vitale, appelez immédiatement le 144, dans toutes les autres situations urgentes, appelez votre médecin (ou son remplaçant): c'est lui qui sera le mieux à même de juger de la suite à donner.

Références

- 1 Köhnlein A, Kehtari R. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation, SMUR-Neuchâtel. Bilan de deux ans d'activité: 1996-97. SMUR 1999;119:3-9.
- 2 Leemann P, Haefeli D, Monod JP, Rothen JM. Médecine d'urgence en milieu périphérique: l'exemple du SMUR du Val-de-Travers. RMSR 1998;118:900-4.

Primary Scare

Blinde Skifahrer?

Unfälle beim Skifahren sind häufig auf Seh- oder Wahrnehmungsfehler zurückzuführen. So lautet das Fazit der Auswertungsstelle für Sportunfälle bei der in Deutschland ansässigen Arag, der grössten Sportversicherung Europas. In mehr als 20 Jahren wurden bei der Arag die Daten von über 50000 Skiunfällen gesammelt und ausgewertet. Ungefähr 30% aller Skiunfälle sind demnach auf Fehlsichtigkeit zurückzuführen. Der Grund: Besonders Menschen mit einem leichten Sehfehler verzichten beim Skifahren häufig auf ihre Brille, weil sie ihnen zu unbequem ist. Auch das ein Wahrnehmungsfehler, aber ein supratentorieller.

Aus: Ärzte Zeitung, 18.2.2003 / SK