

Benedikt Horn

Quelques réflexions sur la formation en médecine d'urgence, ainsi que sur les spécificités et la rétribution du service de garde

Il est facile aujourd'hui de compléter ses connaissances à toute heure du jour ou de la nuit et ceci dans le monde entier. Acquérir et maintenir des compétences requiert en revanche un entraînement quotidien durant toute notre existence.

Le présent papier fait suite à l'excellent article publié dans La Revue Médicale Suisse de Simon Graf, spécialiste FMH en médecine générale et bachelier en droit [1]. La lecture en était extrêmement intéressante, car notre collègue Graf ne dispose pas seulement de connaissances étendues dans les domaines de la médecine de famille et du droit, mais aussi de la faculté précieuse de savoir faire passer son message.

Formation

La formation en médecine d'urgence occupe traditionnellement une place très variable dans les cinq facultés de médecine de notre état fédéral. Les exigences en médecine d'urgence lors des examens finaux de médecine humaine («examens fédéraux») sont plus ou moins clairement définies (<http://scllo.smifk.ch/scllo2008>). La réalisation pratique de l'enseignement et des examens (connaissances, aptitudes) est déléguée aux différentes facultés. Les progrès réalisés en matière de formation systématique en médecine d'urgence ont été esquissés dans le travail de Durrer, Ummerhofer et Zimmermann [2] et ne devraient certainement faire tomber dans l'autosatisfaction.

Il n'existe plus aujourd'hui de règle «une fois appris, toujours connu», pas en ce qui concerne les connaissances et encore moins en ce qui concerne les compétences, pour ne pas parler de la routine. Les objectifs visés correspondent dans une large mesure aux contenus du cours pour médecins de garde de la SGNOR.

Formation postgraduée

La médecine d'urgence durant la formation postgraduée (service d'urgences, éventuellement assorti à des interventions en compagnie des ambulanciers) est avant tout une corvée pour de nombreux assistants. Les exigences en matière de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes jouent souvent un rôle de second plan. La question de savoir si cette réalité est la conséquence d'une simple paresse de la part des assistants ou si elle fait plutôt suite à un défaut de motivation de la part des cadres (la force des habitudes!) reste ouverte.

Les assistants ne sont habituellement que des «acteurs» parmi d'autres dans l'équipe en charge des urgences hospitalières, ce qui peut jouer un rôle important dans la capacité à prendre les choses en mains. Ce n'est pas une question de connaissances, mais principalement de «compétences». La prise de responsabilité n'est que partielle, compte tenu des nombreuses grises et interfaces à tous les niveaux... La problématique de l'«organisation» d'une formation postgraduée judicieuse a très bien été décrite par Gabriela Rohrer dans ce même journal [3].

Cabinet de médecine de premier recours

Avec l'entrée dans une activité en cabinet de médecine de famille,

la fonction du médecin dans le service de garde change du tout au tout: confrontés à une urgence, nous sommes le plus souvent seuls durant les 10, 15, 20 premières minutes, avec tout au plus l'aide d'un ou une profane (au cabinet, il s'agit au moins d'une assistante médicale!). C'est là que nous devons pouvoir nous appuyer sur une certaine routine dans l'action solitaire. Apprécier la situation, donner l'alarme, pratiquer un massage cardiaque et une respiration artificielle, placer un Venflon etc., dans une très large mesure sans aide extérieure. Les services hospitaliers qui attestent chez leurs assistants une équivalence après seulement quelques semaines à l'unité des urgences en vue d'un assistantat au cabinet ne connaissent pas la réalité du terrain au sein d'une unité de médecine de premier recours: le médecin (et non une équipe) y endosse seul la responsabilité de tout ce qui s'y passe.

Formation continue

Pour être en mesure de répondre aux exigences posées par le service de garde dans un cabinet de médecine de premier recours, il est indispensable de remettre régulièrement à jour ses connaissances et ses compétences pratiques en médecine d'urgence (par ex. tous les deux ans). Les cours de rafraîchissement d'un jour SGNOR (www.sgnor.ch), organisés par la Faculté des cours de médecine de garde, offrent cette prestation de service sous forme de cours réguliers à Martigny et à Coire.

Réflexions politiques et économiques

Dans le canton des Grisons, les médecins pratiquant la garde sont tenus d'assister tous les 2 ans à un cours de rafraîchissement en médecine d'urgence. Les frais d'inscription au cours, les frais de voyage, une indemnité journalière, ainsi qu'une participation à l'équipement (défibrillateur, etc.) sont pris en charge par la direction de la santé du canton. En Valais et au Tessin, il existe des réglementations comparables. Ces trois cantons à la géographie très tourmentée ont reconnu l'importance d'une bonne couverture des urgences médicales et ont pris leurs responsabilités en ce sens. La question juridique relative à l'astreinte d'un médecin à la garde est très bien traitée dans le travail de Graf [1]; tout comme les obligations des organisations professionnelles et de l'Etat. Dans d'autres cantons également hétérogènes (par ex. le canton de Berne) où la participation des médecins indépendants à la garde est absolument indispensable pour assurer la prise en charge des urgences, il va obligatoirement falloir trouver une solution acceptable pour tous les acteurs du système de santé.

Dans un rapport remis au gouvernement de plus de 50 pages, intitulé «Rapport sur la médecine de premier recours», la commission consultative du grand conseil bernois¹ expose in corpore, sous chiffre 4.3.1 (page 22), la problématique politique du service de garde:

- Le service de garde au niveau du canton est un élément fondamental de la médecine de premier recours.
- Selon le droit cantonal et fédéral en vigueur, la participation au service de garde ambulatoire est une obligation professionnelle pour les médecins.

- Le service de garde est principalement assuré par des médecins de premier recours (médecins généralistes, internistes, pédiatres).
- Le vieillissement et la tendance croissante à la spécialisation dans le domaine du service des urgences ont pour effet que la garde est de moins en moins l'apanage des médecins de premier recours.
- La charge physique et psychique que constitue le service d'urgence contribue grandement au manque de motivation des (futurs) médecins de premier recours pour la garde (demandes de dispense).
- Sont souvent évoquées la surcharge induite par des situations d'urgence rares et stressantes en raison de la responsabilité associée à des actes inhabituels et mal entraînés, ainsi que la rémunération insuffisante et les exigences de plus en plus grandes manifestées par la population.
- Et, last but not least, il n'est pas rare que les factures pour les interventions en urgence restent impayées...

A la lecture de ces constatations, il paraît indispensable qu'un canton attaché à un service de garde efficace s'engage aussi financièrement et ne se contente pas de poser des exigences. Malheureusement, c'est là que nous sommes le plus souvent confrontés à l'argument des caisses vides de l'Etat...

Il ressort clairement de ce qui précède – et c'est au monde politique que je m'adresse – que le service de garde ne se limite en aucun cas à des réanimations et à des accidents de la circulation, mais couvre toute une série de situations potentiellement fatales, qui constituent véritablement un défi peu banal. Fondamentalement, un devoir est aussi un privilège: il n'est guère d'autre profession que celle du médecin qui mette autant en contact, au cours des années, avec d'autres personnes qui ne peuvent ou ne doivent pas travailler pour des raisons de santé. Abuser en politique de ce privilège en refusant un soutien terriblement nécessaire est simplement indécent.

Que faire?

Apporter la preuve qu'on prend la formation continue au sérieux n'est pas seulement un défi passionnant (connaissances et aptitudes), mais constitue aussi une attitude éthiquement correcte et politico-psychologiquement habile. Les politiciens et l'administration prennent volontiers leur temps. La bonne volonté se verra (espérons-le) récompensée non pas un jour, mais une année, probablement à la suite d'un événement soulevant une question du genre «pourquoi a-t-on...», «pourquoi n'a-t-on pas...». Au moins, si nous médecins de premier recours apportons spontanément la preuve par l'acte, on ne pourra pas nous porter le chapeau lorsqu'il s'agira de trouver les responsables du marasme. Et chacun sait qu'à la fin il reste l'espoir...

Cours pour médecins de garde (CMG) de la SGNOR

La matière des cours de médecine de garde est enseignée en 4 jours (en règle générale 2 fois 2 jours à intervalle de 4 semaines); les cours de rafraîchissement durent un jour. L'accent est mis sur le travail pratique. On y travaille de 08h30 à 18h avec une pause d'une heure à midi.

Première moitié du cours (jours 1 et 2): Réanimation, BLS (basic life support) et DAE (défibrillateur automatique externe). Syndrome coronarien aigu, arythmies. Urgence neurologique, «AVC», crise d'épilepsie. Hypoglycémie. Asthme et œdème pulmonaire. Anaphylaxie. Bolus. Noyade. Hyperventilation. Intoxications. Triage. Voie veineuse. Equipement d'urgence, contenu de la valise de garde.

Deuxième moitié de cours (jours 3 et 4): Répétition BLS / DAE (chaque jour!). Traumatologie, accidents de la circulation, collabo-

ration avec les services de sauvetage. Colonne vertébrale, immobilisation. Fixations de fortune. Brûlures. Réanimation chez l'enfant (le petit enfant), urgences respiratoires chez l'enfant. Accouchement impératif. Urgence psychiatrique. «Le patient est-il décédé?», attitude à tenir devant un décès naturel/inhabituel.

Un contrôle théorique et pratique a lieu à la fin du cours, déterminant les droits acquis des différents participants. Cette évaluation n'est pas seulement utile, mais elle constitue aussi une exigence de la FMH (pour la reconnaissance du cours).

L'enseignement dans les cours de médecine d'urgence et les journées de rafraîchissement – un défi passionnant

L'activité d'enseignement lors du cours de médecine de garde est une occasion vraiment unique et un défi passionnant. Bien 90% des participants sont des assistants et des assistantes très motivés, proches parfois de leurs examens finaux de médecine ou de leur examen de spécialité. Leur objectif de formation est le plus souvent une activité de médecine de premier recours en cabinet (de groupe). De futurs spécialistes d'autres domaines, notamment des psychiatres, astreints à la garde à l'hôpital ou au cabinet, sont aussi régulièrement des participants intéressés. Chacun a le droit de faire des erreurs, tout est discuté dans esprit parfaitement ouvert. Pour le soussigné, les grands moments sont dans le fond les journées de rafraîchissement en compagnie de collègues qui exercent depuis des années, voire des décennies, souvent dans une région reculée, et qui nous racontent leurs expériences au cours des gardes. Les 8 heures de travail intensif et de discussions animées passent à une vitesse incroyable. Pour terminer, la SSMG accorde 64 points crédits de formation continue à l'activité d'enseignement lors du cours de médecine d'urgence (4 journées de 8 heures = 32 heures × 2 car enseignement). Il s'y ajoute un montant d'honoraires de Frs. 700.– pour les médecins avec statut d'employés et de Frs. 900.– pour les indépendants, plus des frais de voyage et de logement (billet de 1^{ère} classe avec abonnement demi-tarif, pension complète). Comme le bénéficiaire personnel que les enseignants tirent de la préparation de leur cours est toujours élevé, cette formation est en définitive une activité extrêmement gratifiante, qui se déroule en petit comité et dans une excellente ambiance de camaraderie. Le manuel de l'enseignant («Teacher-Manual»), qui est régulièrement tenu à jour, constitue la référence obligatoire pour l'instruction dans les cours de médecine d'urgence SGNOR.

L'auteur est membre de la Faculté des cours pour médecins de garde SGNOR et enseignant au sein des cours de médecins de garde de la SGNOR.

Littérature

- 1 Graf S. Die Pflicht zur Leistung von Notfalldienst durch Ärzte in der Praxis. Schweizerische Ärztezeitung. 2012;93(5):170–3.
- 2 Durrer B, Ummenhofer W, Zimmermann H. Dienstärzte als notfallmedizinische Grundversorger sind wichtige Partner im Rettungswesen. Schweizerische Ärztezeitung. 2011;92(41):1569.
- 3 Rohrer G. Klinikleitfaden Weiterbildung. PrimaryCare. 2012;12(6):97–9.

Correspondance:
Dr Benedikt Horn
Hausarzt i.R.
Marktgassee 66
3800 Interlaken
dr.horn[at]tcnet.ch

1 <http://www.be.ch/dam/documents/portal/Medienmitteilungen/de/2011/12/2011-12-29-bericht-hausarztmedizin-im-kanton-bern-de.pdf>