

Petit guide de référence, de la situation de crise jusqu'à la fin du traitement

Nouvelle série: guide de traumatologie pour le cabinet de premier recours

Dominik Heim

Spécialiste en chirurgie FMH, chirurgie générale et traumatologie, clinique Hohmad, Thoune



Figure 1: Scène du film «Médecin de campagne», de Thomas Lilti (2016).

De la vaccination contre la grippe à la fracture de l'orteil

Le paysan s'empresse de montrer sa main coincée au Dr Werner, en visite. «*Je me suis coincé avec le cornadis des vaches. J'ai du mal à plier la main*», dit-il. Ses vaches broutent non loin. Un peu plus tard, de retour à son cabinet, le Dr Werner explique à une jeune patiente: «*C'est là, c'est le ménisque interne.*» Ces scènes du quotidien, tirées du film «Médecin de campagne» (fig. 1) de Thomas Lilti [1], reflètent une réalité qui, selon la localisation du cabinet, existe (encore) aujourd'hui. Quand le cabinet est situé dans un espace plutôt rural ou quelque part à la montagne, le spectre de l'activité médicale s'étend de la vaccination contre la grippe à la fracture de l'orteil. Quand il se trouve en revanche dans une agglomération ou une ville, alors l'accidenté se verra plutôt confié à un service d'urgence de la région. C'est ce que montrent, entre autres choses, les résultats tout juste publiés d'une enquête de Höglinger et al. [2] sur l'engagement et l'influence des médecins de premier recours dans la prise en charge des patients accidentés (patients Suva). Certes, cette étude montre aussi qu'en cas d'accident, la proportion de traitements d'urgence assumés par les médecins de

premier recours a diminué entre 2008 et 2014 – tout en restant de 44% – cependant que la proportion des premiers secours assurés par un service d'urgence (*emergency department, ED*) a augmenté en conséquence. Il est intéressant de noter que dans la même période, la proportion de patients pris en charge par un médecin de premier recours après un premier traitement en service d'urgence a augmenté, ce qui signifie que les médecins de famille se voient de plus en plus impliqués dans le suivi du traitement. Ces éléments montrent clairement la nécessité pour les médecins de premier recours (*general practitioners, GP*), malgré la diminution des interventions initiales, de disposer d'un savoir-faire en chirurgie traumatologique. Il ne faut pas non plus oublier le facteur économique: «*Various studies have shown that GPs provide emergency services at lower costs than EDs, partly due to the less intensive use of diagnostic measures.*» (Différentes études ont montré que les médecins de premier recours assuraient les premiers secours à moindre coût que les services d'urgence, ce qui s'explique en partie par un usage moins intensif de mesures diagnostiques) [2]. Un dernier point est essentiel: «*Patient satisfaction with GPs' emergency care is, nonetheless, at a very high level and no different to EDs.*» (La satisfaction des patients vis-à-vis des premiers secours chez les médecins de premier recours reste à un très haut niveau, et ne diffère pas de celle exprimée vis-à-vis des services d'urgence) [2].

Des connaissances en chirurgie traumatologique et une expérience pratique sont très demandées

En matière de chirurgie traumatologique, la formation médicale suit toutefois une autre direction. Alors que par le passé, la formation du médecin de premier recours comprenait obligatoirement une année de chirurgie, ce n'est plus une condition aujourd'hui. Le NZZ a abordé cette évolution sous le titre: «*Pourquoi les médecins de famille envoient les patients avec fracture à l'hôpital*» [3]. La Société suisse de traumatologie

et de médecine des assurances (SSTMA) a saisi la balle au bond et organisé en 2019, à Coire, un atelier sur le thème «la main et les blessures du poignet». Le nombre des personnes intéressées a montré que des connaissances en chirurgie traumatologique et une expérience pratique étaient très demandées [4].

Guide de traumatologie pour le cabinet

La situation actuelle rappelle un peu celle du début du XX^e siècle, quand il s'est avéré que «la formation du médecin généraliste dans le traitement des blessures par accident [était] très insuffisante» [5]. Ceci devait conduire en 1912 à la fondation de la Société médicale suisse des accidents du travail – aujourd'hui SSTMA. C'est pourquoi les membres de la SSTMA publieront régulièrement dans *Primary and Hospital Care* des contributions décrivant, dans une perspective pratique, les urgences chirurgicales auxquelles ils sont couramment confrontés dans leurs cabinets, depuis la situation de crise (Que puis-je faire moi-même? Que

dois-je déléguer?) jusqu'à la fin du traitement. Les articles de cette série auront ensuite vocation à être rassemblés et classés par régions anatomiques, de manière à constituer un guide de référence. Car, ainsi que l'ont établi Höglinger et al.: «GPs play a key role in accident care with considerable variation depending on region and patient profile» (Les médecins de premier recours jouent [«encore», aurait-on envie d'ajouter] un rôle clé dans la prise en charge des accidents, avec des différences considérables selon la région et le profil des patients).

Références

- 1 Heim D. Le Médecin de campagne – der Film. SAEZ 2016;97(36):1249–51.
- 2 Höglinger M, Knöfler F, Schaumann-von Stosch R, et al. Recent trends and variations in general practitioners' involvement in accident care in Switzerland: an analysis of claims data. BMC Family Practice 2020;21:99. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01170-5>.
- 3 Aschwanden E. Weshalb Hausärzte Patienten mit einem Bruch ins Spital schicken. NZZ. 1.12.2017.
- 4 Heim D, Oberle M, Müller T. Die SGTV – wieder bei den Hausärzten. SAEZ 2019;100(10):334–5.
- 5 Baur E. Aus der Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten (Archiv SGTV) 1993: S. 4.

Correspondance:
PD Dr. Dominik Heim
Klinik Hohmad
Hohmadstrasse 1
CH-3600 Thun
[heim.dominik\[at\]bluewin.ch](mailto:heim.dominik[at]bluewin.ch)