



Urgences et médecins de premier recours : quelles perspectives ? Quelle formation ?

Rev Med Suisse 2012; 8: 2266-71

P. Staeger
V. Amstutz
J. Perdrix
P.-N. Carron
T. Cartier
J. Cornuz

Emergencies and general practitioners. Which prospects? Which education?

Professionalisation of emergency medicine and triage before most of emergency consultations led to a major reduction in exposure of general practitioners (GP) to vital emergencies, which participates in reduction of their aptitudes to manage such emergencies. The risk for a GP to face a vital emergency is weak nowadays, but did not totally disappear. Therefore, it seems important for the GPs to maintain the skills required to manage these emergencies properly. These skills would be capacity in recognizing symptoms and signs of alarm (red flags), applying life support, and sorting the patients correctly. These skills will be all the more important in the future, while the role of the GP could be reinforced in response to requirement of increased efficiency.

La professionnalisation de la médecine d'urgence et le triage en amont de la plupart des consultations d'urgence ont abouti à une diminution importante de l'exposition des médecins de premier recours (MPR) aux urgences vitales, réduisant ainsi leurs aptitudes à gérer ces situations qui, si elles sont devenues plus rares, n'ont pas pour autant complètement disparu de leur pratique. Il reste donc important que les MPR préservent les compétences nécessaires à une prise en charge initiale adéquate de ces urgences. On pensera notamment à la capacité de reconnaître les symptômes et signes d'alarme, d'appliquer les gestes qui sauvent la vie, et de trier correctement les patients. Ces compétences seront d'autant plus importantes dans le futur, où le rôle des MPR pourrait se renforcer en réponse aux exigences d'efficacité accrue.

INTRODUCTION

La médecine d'urgence et la médecine interne générale ont une longue histoire commune. Aujourd'hui encore, ces deux disciplines partagent une même vision transversale, sans limite d'organe, de sexe ou d'âge.¹ L'évolution des thérapeutiques et la récente reconnaissance de la spécificité des gestes, ressources et processus propres à la médecine d'urgence sont à l'origine d'une véritable professionnalisation, qui pousse cette discipline à devenir une spécialité à part entière, comme en témoigne la création en 2008 d'un programme de formation complémentaire FMH, appelé probablement à évoluer vers un titre de spécialiste en médecine d'urgence.

Le développement de nouveaux moyens et processus a permis une amélioration significative de la qualité des soins d'urgence. Le devenir des patients en a été positivement et radicalement changé.^{2,3} Parmi ces nouveaux moyens, on pensera surtout à l'émergence de la chaîne des urgences préhospitalières : centrales 144, Service mobile d'urgence et réanimation (SMUR), hélicoptères de la garde aérienne suisse de sauvetage (REGA), ambulanciers professionnels, médecins de Renfort médical d'urgence (REMU), etc.,⁴ ainsi qu'à l'évolution des procédures de réanimation et des stratégies diagnostiques.⁵

Mais cette évolution a des conséquences, tant pour les médecins de famille/premier recours (MPR) que pour les urgentistes.

PROFESSIONNALISATION DE LA MÉDECINE D'URGENCE

La professionnalisation du métier d'urgentiste a réduit considérablement l'exposition des MPR aux urgences vitales. En effet, les patients de mieux en mieux informés recourent plus rapidement au n° 144, déclenchant ainsi la chaîne des soins préhospitaliers et le transfert à l'hôpital. Ce changement de réflexe dans le recours aux soins est souhaité et encouragé en cas d'urgence vitale, mais il contribue à réduire les compétences des MPR dans l'identification, le triage et la prise en charge de ces urgences. Cette évolution n'est pas propre à la Suisse. En France par exemple, les généralistes n'ont qu'une exposition modeste aux urgences sur



l'ensemble de leur cursus, puis s'appuient sur une chaîne préhospitalière éprouvée pour la gestion de ces situations (encadré 1).

Quant aux urgentistes, la professionnalisation de leur métier tend parfois à les éloigner des urgences non vitales, ces urgences objectives ou ressenties qui sont sources d'inquiétude pour le patient, altèrent son quotidien et menacent parfois son intégrité physique, mais qui ne nécessitent que rarement le recours à un lourd plateau technique. Un triage efficace en amont, réalisé par des régulateurs téléphoniques ou du personnel de tri à l'entrée des services d'urgences, écarte souvent ces situations non vitales des mains des urgentistes, réduisant par là leurs aptitudes à les gérer de façon rationnelle et efficace.

MAINTIEN DE COMPÉTENCES DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS EN MÉDECINE D'URGENCE

Cette réduction du champ de compétences des uns et des autres constitue-t-elle un problème? Si un tri optimal était toujours réalisé en amont, ce n'en serait probablement pas un. On serait dans la situation privilégiée «du bon médecin pour le bon patient au bon endroit».

Le quotidien n'est toutefois pas aussi idéal. Les patients ne sont pas toujours triés et orientés vers la structure la plus adéquate. En cas de symptôme récent, certains d'entre eux appellent leur médecin ou se rendent à son cabinet sans rendez-vous. Dans ce cas-là, le MPR ne pourra compter que sur lui-même et sur ses compétences propres. Si l'on ne peut exiger de lui qu'il réalise des gestes techniques de spécialiste, on espère par contre qu'il sera en mesure d'identifier l'urgence, de prendre les mesures immédiates

Encadré 1. La situation en France

Le contact des médecins généralistes avec les urgences se fait d'abord au cours de leur formation initiale. Depuis la reconnaissance de la spécialité «médecine générale», les internes de ce cursus doivent effectuer au minimum un semestre de stage dans un service hospitalier d'urgences et des gardes d'urgences pédiatriques ou gynécologiques pendant un autre semestre. S'ils souhaitent devenir urgentistes titulaires dans les hôpitaux, ils doivent alors compléter leur formation par un diplôme d'études spécialisées complémentaires, d'une durée de deux ans à cheval sur la fin de leur internat, ouvert également aux réanimateurs, chirurgiens généraux ou spécialistes médicaux. D'autres diplômes de formation complémentaire ou continue sont moins exigeants mais ne permettent pas de demander une quelconque qualification supplémentaire.

Dans l'exercice quotidien, en cas d'urgence vitale au cabinet, les médecins généralistes s'appuient sur la plate-forme téléphonique du SAMU – Centre 15 qui détache généralement une première unité équipée mais non médicalisée sur place en dix à quinze minutes, y compris en zones rurales, puis l'envoi d'une seconde unité médicalisée SMUR en dix à trente minutes (délais réglementés). Ils peuvent également se trouver confrontés aux urgences graves dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, qui correspond à la continuité horaire des soins de ville la nuit, les week-ends et jours fériés même si, en théorie, la régulation obligatoire des demandes par le SAMU – Centre 15 aura dirigé ces cas vers les urgences hospitalières ou un SMUR.

et d'orienter son patient sur les structures adéquates, dans un délai adapté, en faisant appel au besoin aux intervenants de la chaîne des secours.

Quant aux patients bénéficiant d'un tri préalable, ils sont exposés aux limites de cet exercice difficile. Même si les centralistes régulateurs sont bien formés et très performants, le triage téléphonique, réalisé en un temps très court, s'appuie essentiellement sur des mots-clés, sur une brève anamnèse et parfois sur une «impression» subjective du centraliste, dépendante de son expérience. Lorsque le médecin de garde arrive auprès du patient, le tableau peut ainsi être très différent de ce qui a été perçu par le centraliste. A nouveau, le MPR ne pourra alors compter que sur ses propres compétences en médecine d'urgence pour pouvoir réagir de façon adéquate, dans l'attente d'un renfort ambulancier. L'exercice de la médecine d'urgence à domicile comporte encore plus de difficultés qu'au cabinet: patient et environnement inconnus, matériel limité, et situation de travail en solitaire.⁶

Cette activité de garde, obligatoire pour tous les médecins exerçant en pratique privée dans le canton de Vaud, est néanmoins l'apanage des MPR pour ce qui est du premier échelon domiciliaire. C'est une pratique riche et souvent chargée d'émotions, mais difficile, épuisante, imposant de nombreuses heures de travail nocturne et de longues distances sur les routes (encadré 2). De surcroît, la fréquence des gardes étant inversement proportionnelle à la densité médicale, elle décourage l'installation de nouveaux collègues dans les régions périphériques.

Il est important que ces difficultés organisationnelles ne soient pas compliquées par un inconfort médical face aux éventuelles situations d'urgence rencontrées au domicile des patients. Les MPR se doivent donc de maintenir certaines compétences en médecine d'urgence. Il en va de leur crédibilité dans ce rôle qu'ils sont certainement appelés à assumer pour longtemps encore.

Encadré 2. Extrait de *La maladie de Sachs*,¹³ Martin Winckler

«Quand je te réveille, tu te dis qu'ils vont te le payer, tu vas leur compter trente balles de plus pour déplacement abusif, exigence personnelle, et quand tu reviens tu es désolé presque abattu, malheureux d'avoir été témoin de tant de misère affective, de tant de haines rentrées, de tant de malentendus empilés»

MESURES ET OUTILS PERMETTANT DE PRÉSERVER LES COMPÉTENCES DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS EN MÉDECINE D'URGENCE

Dans les zones urbaines, la probabilité que les MPR soient contraints de gérer seuls une réanimation plus de dix minutes est très faible.⁷ Il ne semble dès lors pas raisonnable de leur imposer des formations de type *Advanced Life Support*, qui nécessitent un entraînement régulier, ainsi que du matériel et des médicaments spécifiques. Ces formations seront réservées aux médecins de zones mal desservies par le réseau d'urgence, ainsi qu'aux médecins spé-



Tableau 1. Les gestes qui sauvent la vie

Gestes	Circonstances
Réanimation cardio-pulmonaire	Arrêt cardio-respiratoire
Position latérale de sécurité	Personne inconsciente qui respire
Manœuvre de Heimlich	Dyspnée sur corps étranger
Compression artérielle	Hémorragie importante au niveau des membres

cifiquement engagés dans des situations d'urgences vitales (médecins REMU).²

Pour les MPR qui reçoivent des urgences au cabinet et qui participent à la garde domiciliaire, ce sera une formation ciblée sur leurs besoins réels qui leur sera proposée, et qui visera le maintien des trois compétences principales suivantes:

1. capacité d'identification des symptômes et signes d'alarme: «drapeaux rouges» (DR);
2. maîtrise des mesures immédiates: les gestes qui sauvent la vie selon l'ABCDE (tableau 1);
3. capacité de triage et connaissance du réseau d'urgence: orientation adéquate.

FORMATION

Il existe de nombreuses formations sur les urgences non vitales destinées aux différents intervenants. La PMU, comme centre de formation en médecine de premier recours, propose ou participe à plusieurs de ces formations sur les drapeaux rouges ou sur la pratique des gestes d'urgence. Ces cours sont destinés aux étudiants en médecine, médecins assistants, infirmières, centralistes régulateurs, ou encore MPR installés, en collaboration avec la Société vaudoise de médecine (Formation continue en médecine d'urgence à domicile) (tableau 2). Les médecins assistants participent également à la garde domiciliaire à Lausanne, ainsi qu'au

Tableau 2. Nombre de médecins et infirmières formés aux symptômes et signes d'alarme (drapeaux rouges) à la PMU, ainsi que dans d'autres structures partenaires, pendant les dix dernières années

Personnel de santé formé aux «drapeaux rouges»	Nombre
Médecins assistants de la PMU, de la Permanence PMU-Flon, et participant à la garde domiciliaire en ville de Lausanne	315
Médecins assistants engagés dans le programme vaudois d'assistantat au cabinet	60
Médecins assistants engagés dans le secteur des urgences chirurgicales ambulatoires du CHUV	30
Médecins assistants des urgences du CHUV actifs à la PMU	140
Médecins de premier recours ayant suivi la Formation continue en médecine d'urgence à domicile, proposée par la Société vaudoise de médecine (SVM) en collaboration avec la PMU	340
Infirmières centralistes de la Centrale téléphonique des médecins de garde du canton de Vaud (CTMG)	45
Infirmières du Centre de soins infirmiers pour requérants d'asile	30

programme vaudois d'assistantat au cabinet, et exploitent la Permanence PMU-Flon sous la supervision de MPR installés en pratique privée. Ils ont également l'occasion de se familiariser avec les urgences chirurgicales ambulatoires au CHUV, alors que des urgentistes du CHUV découvrent, quant à eux, d'autres types d'urgence lors d'un passage à la PMU.

DRAPEAUX ROUGES

La connaissance des symptômes et signes d'alarme favorise une meilleure identification des urgences vitales, mais les DR souffrent de certains défauts, notamment en termes de sensibilité et spécificité.

En général, la présence d'un seul DR justifie l'envoi du patient vers un Centre d'urgences. L'application stricte de cette règle confère une très haute sensibilité aux DR dans l'identification des urgences vitales et s'accompagne donc de très peu de faux-négatifs. Elle reflète une attitude prudente du *risque minimum*. Le corollaire de cette sensibilité élevée est une spécificité souvent médiocre, aboutissant à de nombreux faux-positifs, et donc à l'envoi aux Urgences de nombreux patients qui n'en auraient pas besoin, et qui contribuent à l'engorgement des centres d'urgences et à la hausse des coûts de la santé.⁸

A cet égard, l'exemple des *questions-clés* utilisées en cas de céphalée est emblématique (tableau 3). Il est recommandé de pratiquer une imagerie ou de demander un avis neurologique dès que le patient répond positivement à une de ces questions-clés. Or, la pratique montre qu'il est rare qu'un patient qui consulte en urgence ne réponde pas positivement à au moins une de ces six questions. L'application à la lettre de cette règle est donc prudente, mais peu performante en termes de tri et d'efficacité du sys-

Tableau 3. Exemples de drapeaux rouges

IPP: inhibiteurs de la pompe à protons.

A. Questions-clés en cas de céphalées

1. «La pire des céphalées» ou la première, surtout si le début est paroxystique
2. Céphalées différentes
3. Des «céphalées positionnelles et/ou manœuvre de Valsava-dépendantes»
4. L'augmentation en crescendo sur quelques jours
5. Céphalées post-traumatiques, présence d'une anticoagulation ou d'une prise d'alcool
6. Température; diminution de poids; claudication de la mâchoire; troubles des fonctions supérieures

B. Drapeaux rouges en cas de lombalgies

1. Age > 50 ans
2. Baisse de l'état général
3. Fièvre
4. Perte de poids inexplicable
5. Douleur inflammatoire (nocturne, au repos, > 6 semaines)
6. Injection drogue IV
7. Immunodéficience
8. Traumatisme ou chirurgie de la colonne
9. Risque d'ostéoporose: corticothérapie, IPP, alcoolisme
10. Risque d'hématome: anticoagulation, ponction lombaire
11. Infection urinaire, cutanée, de la prostate
12. Déficit neurologique
13. Syndrome de la queue-de-cheval
14. Douleur à la percussion vertébrale



tème de santé. Combien de CT cérébraux normaux est-il acceptable de réaliser, et de payer, pour identifier une hémorragie sous-arachnoïdienne ? 100 ? 500 ? 1000 ?

A l'opposé, exiger ou attendre la présence de plusieurs DR pour évoquer une situation grave présente des risques pour le patient. On touche à sa sécurité. Quels risques sommes-nous prêts à assumer ? Quels risques nos patients sont-ils prêts à prendre ? Combien d'hémorragies sous-arachnoïdiennes est-il acceptable de manquer pour contenir les coûts de la santé ?

Cette difficulté dans l'application stricte des DR montre que la seule présence ou absence d'un symptôme ne suffit que rarement pour prendre la bonne décision. L'expérience, l'environnement et le *sens clinique* sont des éléments essentiels qui permettent de pondérer nos décisions et nous aident à gérer cette incertitude omniprésente en médecine de premier recours.

PERSPECTIVES

Qu'en sera-t-il dans 25 ans ? Il est probable que les urgentistes se trouveront toujours dans la chaîne préhospitalière spécialisée, ainsi que dans les hôpitaux, où l'évolution des techniques et des stratégies de prise en charge favorisera le développement de *fast-track*. Pour des raisons d'efficacité et de nombre d'urgentistes disponibles,⁹ il ne sera vraisemblablement pas pertinent de leur confier les gardes domiciliaires, et pour des raisons d'engorgement et de coûts, il ne sera pas judicieux de leur adresser l'ensemble des patients non programmés du cabinet.⁸ Il est d'ailleurs possible que, selon le motif de consultation ou le diagnostic retenu, certaines consultations dans les centres d'urgences ne soient, à l'avenir, plus remboursées par les caisses maladie. On prendra pour exemple les infections urinaires ou les otites.¹⁰

Les MPR continueront à recevoir des patients en urgence à leur cabinet et à se rendre à leur domicile. Ils assureront ainsi une médecine de proximité et garderont ce rôle de *gate-keeper* des centres d'urgences, où ne devraient se rendre que les cas les plus graves. L'efficacité avec laquelle ils assumeront cette tâche dépendra de leur disponibilité,^{11,12} mais aussi de leurs compétences dans la gestion et le tri des situations rencontrées.

Il est également probable que les attentes de la population à l'égard de la médecine augmentent encore : diagnostics plus rapides et plus précis, traitements plus efficaces, moins d'erreurs évitables. Bref, plus de performance. Mais ces attentes ne sont finalement pas nouvelles. Au siècle passé, nos prédécesseurs y ont répondu par la création des spécialités médicales, l'augmentation des ressources humaines engagées dans le système de santé et le développement technologique. Au début du XXI^e siècle, l'explosion des coûts de la santé est apparue dans l'équation. On parle maintenant de rationnement ; il est probable qu'on doive à l'avenir *faire encore plus avec encore moins*.

Cette perspective constitue à l'évidence un véritable défi pour les MPR face aux situations d'urgence. Ils devront, encore plus qu'aujourd'hui, adresser *le bon patient au bon endroit*, et ceci au coût et au risque les plus bas. Mais leur faible dépendance à l'égard des technologies coûteuses les place

en bonne position pour jouer un rôle-clé face aux exigences d'efficacité. Ils sont probablement les mieux équipés pour bien utiliser ce qui est bon marché (anamnèse et status), afin de moins utiliser ensuite ce qui coûte cher (plateau technique).

Pour maintenir et renforcer cette position avantageuse, il est essentiel que leurs compétences dans l'identification, la prise en charge initiale et l'orientation des urgences soient solides. Cela suppose une bonne connaissance des gestes liés aux mesures immédiates, du réseau d'urgence, ainsi que des symptômes et signes d'alarme qui seront pris en considération avec tout le discernement qu'apporte l'expérience. ■

Implications pratiques

- > En cas d'urgence vitale au cabinet ou à domicile, le médecin de premier recours (MPR) ne peut compter que sur ses propres compétences, en attendant l'arrivée des professionnels de la chaîne des urgences préhospitalières
- > Le MPR devra être en mesure d'identifier l'urgence, de prendre les mesures immédiates et d'orienter son patient sur les structures adéquates
- > Pour atteindre ces objectifs, il doit maintenir ses compétences dans la détection des symptômes et signes d'alarme (drapeaux rouges), dans l'application des gestes qui sauvent la vie et dans le triage
- > Le sens clinique est un complément essentiel à l'utilisation des «drapeaux rouges»

Adresses

Drs Philippe Staeger, Vincent Amstutz et Jean Perdrix
Pr Jacques Cornuz
PMU
Dr Pierre-Nicolas Carron
Service des urgences
CHUV, 1011 Lausanne
Philippe.Staeger@hospvd.ch
Vincent.Amstutz@hospvd.ch
Jean.Perdrix@hospvd.ch
Jacques.Cornuz@chuv.ch
Pierre-Nicolas.Carron@chuv.ch

Dr Thomas Cartier
Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Rue Vauvenargues 10
75018 Paris, France
cartier@irdes.fr



Bibliographie

- 1 AAFP. Critical challenges for family medicine: Delivering emergency medical care – «Equipping family physicians for the 21st century» (Position paper). www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/e/emposition.html
- 2 Ribordy V, Schoettker P, Yersin B. Access to pre-hospital medical care: Organization and utility of the chain of survival. *Rev Med Suisse* 2006;2:1830-5.
- 3 Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: The «chain of survival» concept. A statement for health professionals from the advanced cardiac life support subcommittee and the emergency cardiac care committee, American Heart Association. *Circulation* 1991;83:1832-47.
- 4 Schoettker P, Potin M, Staeger P, et al. An efficient example of a Swiss pre-hospital chain of survival: The state of Vaud model. *Rev Med Suisse* 2006;2:1849-53.
- 5 Berg RA, Hemphill R, Abella BS, et al. Part 5: Adult basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2010;122(Suppl. 3):S685-705.
- 6 Horn B. Quelques réflexions sur la formation en médecine d'urgence, ainsi que sur les spécificités et la rétribution du service de garde. *Primary Care* 2012; 12:2.
- 7 * Potin M, Pittet V, Staeger P, et al. Life-threatening emergencies at the office: Implications for medical education and equipment of the primary care physician. *Rev Med Suisse* 2008;4: 1768-72.
- 8 * Katz MH. Emergency department care: When needed – not when better choices are unavailable. *Arch Intern Med* 2012;172:609-10.
- 9 Gerard WA, Staffer A, Bullock K, Pugno P. Family physicians in emergency medicine: New opportunities and critical challenges. *Ann Fam Med* 2010;8:564-5.
- 10 * Kellermann AL, Weinick RM. Emergency departments, medicaid costs, and access to primary care – understanding the link. *New Engl J Med* 2012;366:2141-3.
- 11 Lasser KE, Kronman AC, Cabral H, Samet JH. Emergency department use by primary care patients at a safety-net hospital. *Arch Intern Med* 2012;172:278-80.
- 12 Cheung PT, Wiler JL, Lowe RA, Ginde AA. National study of barriers to timely primary care and emergency department utilization among medicaid beneficiaries. *Ann Emerg Med* 2012;60:4-10 e2.
- 13 Winckler M. *La maladie de Sachs*. Paris: Flammarion, éditions J'ai lu, 1998.

* à lire

** à lire absolument