

# Parallèles entre médecine d'urgence préhospitalière et enseignement



Dr Marc Niquille



Dr Laurent Suppan

## MOTS-CLÉS: FORMATION • MÉTIER

Le Dr Marc Niquille et le Dr Laurent Suppan, respectivement responsable et adjoint de la Brigade sanitaire cantonale de Genève (BSC), étaient invités par la HEP-VS le 30 octobre dernier pour une conférence-débat organisée dans le cadre du Domaine du développement de l'école à St-Maurice. Au quotidien, les deux médecins gèrent les interventions du SMUR (Service mobile d'urgence-réanimation) ainsi que les formations des médecins et ambulanciers de l'équipe.

Les deux médecins ont présenté quelques aspects de leur métier et montré comment le développement professionnel tout au long de la carrière se met en place dans leur domaine, via quelques outils utilisés pour l'analyse de l'activité. Les participants à cette conférence-débat

ont pu découvrir à quel point chacun connaît son rôle dans l'équipe multidisciplinaire dans le monde des urgences préhospitalières et quel est le travail nécessaire pour que le langage interprofessionnel soit commun. Lors de cette conférence-débat, il a aussi été question de la place de l'erreur, des nouvelles technologies que les professionnels doivent intégrer et des modèles de la médecine basée sur les faits à prendre en compte avec distance critique.

Faudrait-il s'inspirer de ces expériences de formation en médecine d'urgence préhospitalière afin de définir plus précisément les rôles des divers acteurs de l'école? A débattre.

## INTERVIEW

Les médecins Marc Niquille et Laurent Suppan ont croisé leurs regards pour *Résonances* avec Nathalie Blondel, infirmière devenue enseignante en soins infirmiers à l'Institut et Haute Ecole de la santé

la Source à Lausanne, mais aussi avec Isabelle Truffer Moreau, de la HEP-VS, et Hervé Barras, également de la HEP-VS et organisateur de la conférence.

**Le statut de l'erreur au sein de l'équipe du SMUR semble plus transparent que dans les écoles. Quels sont vos points de vue respectifs sur cette dimension?**



**Isabelle Truffer Moreau:** En formation initiale, j'ai l'impression que les étudiants perçoivent l'erreur comme un levier d'apprentissage et d'évolution professionnelle, cependant

une fois sur le terrain l'enseignant peine encore à reconnaître et à dire qu'il s'est trompé. Dans les écoles, entre collègues, il manque des lieux de parole, comme cela existe dans le milieu médical ou de l'aviation. Les enseignants gagneraient à pouvoir demander des supervisions en fonction des problématiques rencontrées en classe tout au long de l'exercice de leur profession.



**Nathalie Blondel:** Pour ma part, je me sens infirmière même dans mon enseignement et j'ai l'impression que je dois pouvoir soigner tous les étudiants. Dans le module des soins aigus, tout s'arrête à chaque erreur pour discuter en groupe et pouvoir la dépasser le mieux possible rapi-

dement. Lors de la transmission des gestes techniques, il est essentiel de partager autour des erreurs rencontrées et cela se fait assez naturellement.



**Hervé Barras:** Dans l'univers scolaire, la solitude est un marqueur fort, même si cela évolue doucement. Au tertiaire, on commence à peine à mesurer les avantages de la communauté de pratique. En classe, l'enseignant est seul face à ses élèves et travaille la porte fermée. De temps en temps, il peut ressentir la nécessité de faire remonter l'information suite à des problèmes rencontrés, mais c'est très rare. Quant au co-enseignement, il reste exceptionnel.



**D'Laurent Suppan:** Mon collègue, anesthésiste, et moi-même, interniste, venons d'horizons très différents et la culture de l'erreur est variable d'un service de médecine à l'autre. Quand j'ai commencé au SMUR, Marc m'a dit que comme nous avons fait, faisons et ferons tous des erreurs, il fallait que nous puissions les reconnaître, les partager, pour ne plus les refaire et aussi éviter que d'autres ne fassent exactement les mêmes.



**D' Marc Niquille:** Cette approche de l'erreur a été introduite à Genève par le professeur François Clergue au milieu des années '90 qui l'avait déjà mise en place alors qu'il était chef du Service d'anesthésie-réanimation à l'Hôpital Tenon de Paris. Sa perception de l'erreur était importée des spécialistes de la qualité dans le domaine de l'aviation et de

l'industrie nucléaire. Selon lui, dans les disciplines techniques de la médecine, les erreurs peuvent arriver. Toutefois, si les incidents ne conduisant pas au désastre sont cachés, ils surviendront à nouveau. Il a fallu un temps d'adaptation pour intégrer ce changement de paradigme, questionnant prioritairement les erreurs du système.

#### **L'autre différence entre le SMUR et l'école, c'est la notion d'interprofessionnalité. Comment percevez-vous cette répartition des rôles dans l'équipe médicale et enseignante?**

**Hervé Barras:** Le territoire de l'enseignant est très vaste, aussi lorsqu'un problème survient et qu'il doit travailler en réseau, les rôles de chacun n'étant pas clairement définis, cela peut le déstabiliser. Dans l'enseignement spécialisé, la situation est plus cohérente, car le projet pour l'élève est défini avec une équipe pluridisciplinaire, mais dans l'école ordinaire, ces évolutions, conjuguées aux avancées des neurosciences, ont un impact sur la redéfinition des périmètres des différents acteurs de l'école.

**D' Marc Niquille:** C'est très intéressant cette évolution dans l'école, car on peut dire que dans notre domaine c'est relativement similaire. La médecine a été saucissonnée avec la spécialisation, allant quelquefois jusqu'à l'hyper-spécialisation. Le praticien de famille a été dépossédé de son rôle, toutefois il reprend depuis peu du poil de la bête. Pour gérer les soins, seule une personne ayant des compétences spécifiques peut coordonner l'ensemble des acteurs spécialisés et procéder aux arbitrages nécessaires.

**D' Laurent Suppan:** Dans la médecine d'urgence pré-hospitalière, l'interprofessionnalité marche globalement très bien, même s'il y a parfois des chevauchements de compétences qui peuvent rendre l'interaction par moments délicate. Dans notre métier, la clé c'est d'avoir un leadership établi, ce qui ne signifie pas pour autant qu'une per-

sonne est responsable de tout et est capable de tout faire. Dans l'approche hélicoptérée, nous avons par exemple un leadership tournant, avec des procédures bien établies entre le pilote, l'assistant de vol et le médecin.

**Isabelle Truffer Moreau:** Au niveau de l'école, le partenariat entre enseignants, enseignants spécialisés et psychologues a notamment été étudié par Patricia McCulloch. En milieu scolaire, le travail en équipe devrait être plus fréquent, mais il s'agirait de travailler la redéfinition des territoires de chacun et les pistes de régulation, en détaillant le répertoire des pratiques, ce qui correspond aux protocoles en médecine. Ce devrait être à l'enseignant généraliste, qui est au quotidien avec le ou les élèves en difficulté, d'avoir pour mission de gérer la pondération des différents spécialistes.

**Nathalie Blondel:** Les infirmières collaborent beaucoup en interprofessionnalité, en étant souvent le pivot, avec le patient au centre. Au niveau de l'enseignement en soins infirmiers, on propose des cours interprofessionnels avec entre autres des médecins et des assistants en soins, ce qui permet de mieux percevoir la complémentarité des compétences et à chacun d'enrichir sa pratique. Il faudrait toutefois aller plus loin, en invitant encore d'autres professions qui nous environnent, comme les ambulanciers.

*Propos recueillis par Nadia Revaz*

### **Pour avoir une idée du travail du SMUR**

Magazine Immersion produit par *Léman Bleu* pour découvrir le quotidien des équipes du SMUR.

<https://youtu.be/ofsvpQ0q1c>

**Vidéo de la conférence-débat**  
[www.resonances-vs.ch](http://www.resonances-vs.ch)

