

L'ENSEIGNEMENT POUR LA MÉDECINE DE MASSE

par J.-A. Baumann

Nous sommes heureux de publier de larges extraits d'un article paru dans la Revue suisse de médecine militaire (Bâle, décembre 1972), et que celle-ci nous autorise aimablement à reproduire. L'auteur, colonel sanitaire de l'armée suisse et médecin-chef d'une zone territoriale, y expose ses idées personnelles sur la médecine de catastrophe et le recyclage dans des établissements formant le personnel médical, les auxiliaires spécialisés et les secouristes sanitaires. Or, ce sujet est de nature, sans doute, à intéresser nos lecteurs. Car la Croix-Rouge se trouve confrontée aujourd'hui à des problèmes de secours en masse et, lors de conflits ou à la suite de désastres naturels, les problèmes de médecine et de chirurgie viennent au premier plan et ils concernent aussi bien les médecins que les infirmiers et secouristes, dont certains travaillent sous le signe de la croix rouge, du croissant rouge ou du lion-et-soleil rouge (Réd.).

La médecine de catastrophe a un aspect bien particulier par rapport à la médecine en général. Mais je dois rappeler qu'elle en diffère par son organisation et non par sa nature thérapeutique. Le médecin placé en face de son malade ou de son blessé, ou de tout patient d'une quelconque nature, prodiguera ses soins selon ses connaissances et d'après la formation qu'il a reçue dans l'école où

il a étudié l'art de guérir. Il le fera aussi selon une éthique et une déontologie qu'il a acquises par vocation et par l'éducation reçue de ses maîtres. Dans le monde entier, il s'inspirera du Serment d'Hippocrate, de la Prière de Maïmonide¹ ou de la Déclaration de Genève². Tout ceci, qui est acquis, ne doit donc pas entrer dans la matière d'enseignement que nous devons définir ici. Il en est de même pour les infirmiers et les auxiliaires spécialisés du médecin, qui sont convenablement formés du point de vue professionnel et d'une manière semblable quoique différenciée.

Que doit alors être la matière d'enseignement pour la médecine de masse ? Il s'agit d'un problème où, en premier lieu, les règles fondamentales pour tout enseignement et les principes essentiels de tout enseignement médical et sanitaire doivent servir de fil conducteur à nos réflexions et à nos réalisations.

Or l'enseignement, en général, vise à donner une formation. Il y parvient en développant les capacités de l'élève à penser mieux et à observer mieux, en donnant l'habitude à l'élève de travailler par lui-même à se perfectionner, bref en formant son esprit et en lui donnant une méthode de travail. Ce sont des éléments d'enseignement impératifs qui sont aussi nécessaires à l'apprentissage de la médecine de masse, mais qui concernent davantage la méthode employée, les introductions et conclusions générales, les exposés sur la motivation d'études. La formation comporte aussi une acquisition de connaissances scientifiques et pratiques particulières ; c'est là que l'enseignement de la médecine de catastrophe commence à être plus nettement spécifique.

La première règle fondamentale me paraît être de donner une formation en vue de l'activité prévue en tenant compte du point de départ, c'est-à-dire du degré de formation antérieure du personnel de tous rangs qu'on veut instruire, et en fixant clairement le but qu'on veut atteindre, c'est-à-dire le niveau d'instruction où on veut amener les élèves des diverses catégories. Cette activité doit

¹ Médecin arabe, de religion juive, qui vivait en Espagne au XII^e siècle. C'est le type du médecin qui a su transcender sa nationalité et sa religion et s'élever au-dessus des conditions sociales et politiques de son temps pour rejoindre les vérités de la philosophie éternelle et « invoquer Dieu » comme tous les hommes peuvent le faire.

² Code moderne établi par l'Association Médicale Mondiale en 1948.

donc être préalablement définie. Elle pourrait varier en fonction de l'organisation de la Protection civile, et, en son sein, de la médecine de catastrophe, que chaque région, pays ou contrée décidera de réaliser. L'enseignement devrait être différencié en rapport avec ces conditions.

Il faudra donc des secouristes en grand nombre pour la première étape des soins ; ils devront sauver la vie au maximum en entretenant ou en restituant le mieux possible l'état dit de connaissance nerveuse, la respiration, la circulation sanguine ; ils devront permettre à l'individu traumatisé de pouvoir attendre quelques quarts d'heure les soins du médecin le plus proche ; ils devront le rendre transportable auprès de ce médecin ; ils devront enfin discerner les degrés d'urgence pour chaque cas au sujet de cette première intervention médicale ; ils devront trier les patients qui peuvent rentrer chez eux après un premier pansement leur permettant d'attendre des soins ambulatoires ultérieurs, ou les patients moribonds pour lesquels les soins médicaux sont de toute façon devenus déjà inutiles, hélas, par la force des choses.

Ces secouristes doivent être formés en un nombre aussi grand que possible. Les meilleurs d'entre eux devraient arriver, en plus des soins de premiers secours habituels, à pouvoir faire, par ordre et sous contrôle, des injections analgésiantes, des injections réanimatrices, des transfusions sanguines ou des infusions de substances remplaçant la perte de volume sanguin. On sait qu'il n'existe pas, aujourd'hui, d'enseignement médical valable sans une préparation psychologique adéquate du personnel soignant. Pour préparer à une médecine de masse, dont les exigences contraires à l'éthique courante sont traumatisantes pour l'esprit, cet entraînement psychologique devra être particulier et adapté aux aspects spéciaux des soins à donner.

Il faudra ensuite des médecins pour les soins de première étape en aussi grand nombre que possible. Ils ne feront pas autre chose que les secouristes, mais le feront là où ceux-ci échouent, avec des moyens d'intervention plus complets et que seul un médecin est capable d'employer. Ils réviseront le travail de premiers soins des secouristes auprès des patients plus difficiles ou compliqués. Ils rectifieront éventuellement le triage d'évacuation. Leurs premiers

soins, plus complets et plus durables pour les patients qu'on leur aura amenés parce qu'ils en avaient besoin, permettront que les soins de deuxième étape puissent être attendus par tous pendant quelques heures. Ils sauront mieux pronostiquer l'avenir inéluctable des moribonds pour lesquels il n'y a plus de soins ultérieurs possibles, sinon le soulagement de la douleur. Cette activité, telle qu'elle est prévue ici, amorce déjà assez clairement la formation assez simple, mais efficace et de haut rendement, qu'il faudra donner à ces nombreux médecins. Il ne devrait pas être difficile de former des médecins de tous âges et de diverses spécialités, ou des praticiens en médecine générale, à donner ces soins de première étape ; un cours théorique et pratique limité devrait suffire.

Il faudra encore des médecins pour les soins de deuxième étape. C'est, à mon avis, le problème le plus important de cet enseignement et le point crucial de l'activité médicale en cas de catastrophe ; car il faudrait que ces médecins soient assez nombreux pour soigner une grande quantité de patients en cas d'afflux massif ; et il faudrait, à ce niveau, donner les soins de chirurgie courante et les soins courants de certaines spécialités, assez complètement pour qu'ils soient définitifs ; de même qu'il faudrait pouvoir soigner les cas d'intoxication, d'infection et les suites médicales des chocs de diverses origines sans devoir encombrer les hôpitaux de haute qualité thérapeutique, et de soins spécialisés, avec ces cas nombreux. Cela implique que ces médecins aient une formation chirurgicale authentique, doublée d'une formation en médecine générale, et que cette formation soit entretenue.

Nous touchons immédiatement à un autre problème, celui des effectifs de médecins disponibles. Dans les pays où le développement technique de la chirurgie et de la médecine n'est pas à son point maximum, la situation me semble devoir être, sur ce point, plus favorable. C'est paradoxal, sans doute ! Mais, dans les grands centres actuels, les chirurgiens qui pratiquent la chirurgie la plus moderne sont liés à une instrumentation et à une spécialisation très spécifiques ; et quelques-uns d'entre eux seraient peut-être un peu handicapés pour les soins de deuxième étape aux patients poly-traumatisés malgré leur haute qualité de spécialistes. Il est vrai que leur « recyclage » serait rapide et facile, car il s'agirait simplement

d'élargir le domaine de leurs connaissances pratiques, vite assimilées à leur niveau, sans qu'il soit nécessaire d'améliorer leur capacité personnelle par un long entraînement. Mais où existe-t-il actuellement un excédent tel de chirurgiens hautement qualifiés qu'on puisse en convertir un grand nombre à ces soins de deuxième étape sans dégarnir dangereusement les hôpitaux de soins de troisième étape ?

Les chirurgiens d'hôpitaux secondaires ou de districts ou de régions, qui sont excellents dans de nombreux pays, mais qui ont conservé une certaine polyvalence, seraient le meilleur personnel médical, facilement converti avec une formation complémentaire, dans cette étape. L'évolution actuelle de la profession médicale les rend cependant trop peu nombreux dans beaucoup de pays, de sorte qu'on peut se demander si les exigences de la médecine de catastrophe, et l'enseignement qu'elle suppose, ne devront pas s'accompagner d'une certaine réorganisation professionnelle, avec la collaboration lucide des associations professionnelles de médecins. On est d'ailleurs en droit de penser que cette réorganisation serait tout profit pour le corps médical lui-même, à condition qu'on mette à sa disposition des hôpitaux secondaires de qualité adéquate en nombre suffisant, et tout profit aussi pour la population.

A ce niveau de deuxième étape, les auxiliaires du médecin doivent être des infirmiers et infirmières en soins généraux et quelques spécialistes (instrumentistes, anesthésistes, etc.). En principe, pris dans le personnel courant de ce niveau, ils ne devraient pas avoir besoin d'enseignement particulier ; comme ils sont partout en nombre insuffisant et que la réserve de secouristes possibles est en principe aussi grande que l'ensemble de la population, il semble que l'enseignement de la médecine de catastrophe devrait permettre à un certain nombre de secouristes de la meilleure qualité de se hausser au niveau d'infirmiers et infirmières auxiliaires pour les soins de deuxième étape.

Si on admet que ces soins de deuxième étape sont ceux que doit administrer principalement la Protection civile (car on ne saurait où les donner ailleurs en assez grande quantité), on voit de quelle charge d'enseignement celle-ci doit se rendre responsable. Je dois logiquement faire remarquer que, si elle mettait en fonction permanente le 50 % de ses hôpitaux de secours (qui, en étant vides dans

l'attente d'une catastrophe problématique, représentent un gros capital improductif et s'altèrent par manque d'usage), elle entreprendrait automatiquement la formation d'un corps médical adéquat, en lui donnant les possibilités de travail qu'il n'a ni à domicile ni dans les hôpitaux supérieurs dont il ne fait pas partie. Elle en allégerait d'autant sa tâche d'enseignement.

Il faudra enfin des médecins et leurs auxiliaires de tous genres pour les soins de troisième étape. Ceux-ci ne diffèrent pas des soins définitifs et spécialisés qui sont donnés dans le pays en tout temps. Ils ne supposent donc pas un enseignement spécial et nous pouvons donc les exclure des données de notre problème. L'enseignement médical habituel y pourvoit. Et le nombre fortement et brusquement augmenté de patients ayant besoin de soins de troisième étape après une catastrophe ne pose pas un problème de formation du personnel soignant mais un problème d'organisation, c'est-à-dire l'arrivée de médecins adéquats en renfort venant des territoires voisins ou plus lointains non touchés par la catastrophe, ou l'évacuation de patients dans ces territoires encore pourvus de places libres pour les y traiter.

* * *

De tout ce qui précède, nous pouvons déduire que l'enseignement de la médecine de catastrophe doit d'abord donner une formation générale particulière à tous les médecins, infirmiers et infirmières, auxiliaires spécialisés et secouristes sanitaires dont la tâche est d'administrer des soins de première et de deuxième étape. Outre les principes d'organisation et les principes généraux de la médecine de catastrophe, qui doivent être enseignés en introduction, avec les illustrations et les exemples explicatifs nécessaires, il s'agira d'apprendre — ou de réapprendre — à tout le personnel soignant les quelques actes thérapeutiques simples, rapides et efficaces, donc de grand rendement, qui maintiennent la vie, c'est-à-dire :

1. l'hémostase,
2. la réanimation,
3. la fixation des fractures pour permettre le transport,
4. la préparation du patient au transport d'évacuation,

5. le premier pansement protecteur, avec l'antisepsie adéquate, et la « toilette » des plaies,
6. l'enveloppement des brûlures en vue d'évacuation sur un centre spécialisé dans ce genre de soins,
7. les moyens de lutte contre la douleur,
8. les soins aux malades, pré, per- et postopératoires,
9. le triage d'admission à l'installation de traitement puis à l'intérieur de l'installation elle-même, et enfin d'évacuation hors de cette installation,
10. la connaissance, l'emploi et l'entretien du matériel de l'équipement et des installations de soins (qu'il est souhaitable de standardiser à travers les divers échelons et étapes de soins).

Cet enseignement doit comprendre un certain nombre d'heures de cours théoriques, avec l'emploi généreux des moyens audiovisuels (suppléant au manque d'imagination de certains élèves ou visant à reproduire la réalité pour obtenir un certain entraînement psychologique). Puis il faut des heures d'enseignement pratique sur des patients fictifs. Les secouristes devraient enfin avoir l'occasion de voir, pendant un jour au moins, des patients d'un service de traumatologie et de médecine d'urgence si c'est possible, ou encore d'accompagner, pendant un jour ou deux, les secouristes d'un service public permanent durant leur mission ; les médecins devraient passer au minimum plusieurs jours dans un tel service.

Cet enseignement doit être aussi simple et schématique que possible ; il faut que les divers actes thérapeutiques soient décomposés et sériés pour être répétés autant qu'il faut afin de devenir automatiques à l'instar d'un réflexe ; on a ainsi le maximum de chances que ces actes persistent en qualité suffisante malgré la bousculade, l'émotion ou la fatigue. Cette automaticité devrait aussi libérer une partie des facultés d'attention et de réflexion qui devront toujours persister au maximum. Cours de base, par conséquent, qui comporte forcément deux niveaux, celui des secouristes et celui des médecins, et devrait être suivi par toutes les personnes appelées à soigner les patients d'une catastrophe ; car la continuité des soins et l'unité d'action en dépendent.

En complément, il faudra introduire des cours techniques pour les infirmières et infirmiers et pour les auxiliaires spécialisés qui ne sont pas professionnels et qu'on veut former au sein de la Protection

civile pour les échelons où sont donnés les soins de deuxième étape. Les écoles d'infirmiers et infirmières professionnels devraient mettre à disposition leurs moyens et leur expérience dans le domaine de l'enseignement.

Et il faudra soumettre les médecins prévus pour les soins de deuxième étape à une formation complémentaire, chirurgicale et médicale, si on n'a pas assez de praticiens qualifiés pour les attribuer aux hôpitaux de secours de la Protection civile ; ces cours théoriques et pratiques ne peuvent être donnés que dans les hôpitaux, avec la collaboration des services d'urgence médicale et chirurgicale, les services d'urgence des diverses spécialités et les services de chirurgie traumatologique et de l'appareil locomoteur.

Il faudra encore entretenir la formation acquise. Des cours de répétition annuels, plus brefs que les cours de formation, doivent être suivis par tous les secouristes qui ne sont pas des professionnels des soins aux patients, et par les médecins dont l'activité habituelle n'est pas conforme aux soins de première et de deuxième étape (selon le poste de travail pour lequel ils sont prévus en cas de catastrophe). Ces cours de répétition doivent comporter à l'entrée un examen personnel permettant de voir ce qui reste de la formation antérieure et de personnaliser l'enseignement d'entretien ; ils doivent se composer d'un rappel théorique abondamment illustré et d'exercices pratiques convenablement animés. Enfin, il faudra entretenir dans le personnel médical et sanitaire formé un esprit de recherche et de perfectionnement.

* * *

En conclusion, nous pouvons admettre que nous savons ce que doit être, dans ses principes, l'enseignement de la médecine de catastrophe et comment il faut l'organiser. Mais cette tâche est très grande et complexe. Il n'est pas sûr qu'on puisse avoir partout les moyens de la réaliser ; et il est probable que la mise à disposition de ces moyens sera, de toute manière, progressive partout. Il est satisfaisant pour l'esprit, et apaisant pour la conscience, d'œuvrer dès maintenant activement dans un cadre général bien défini et de construire cette œuvre en accumulant ses diverses parties l'une après l'autre. Et si cela devient nécessaire, on agira au mieux avec

les moyens qu'on a pu mettre sur pied, au fur et à mesure de leur réalisation. Si on se met à l'ouvrage selon un plan raisonnable et adéquat, le temps qui s'écoulera ne peut que mener à un succès. Comme on l'a vu, le développement total de cet enseignement doit forcément aboutir à une certaine organisation de la santé publique et à un considérable renforcement des possibilités de soins en général dans une population, lorsque les patients affluent en masse, quelle que soit la cause de cet afflux.

J.-A. BAUMANN

Professeur à la Faculté de
médecine de Genève
