

L'ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE D'URGENCE JUSQU'À LA NAISSANCE DU DESC

Bernard NEMITZ*

Faire le point sur l'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence en France dans ce numéro consacré au trentenaire des SAMU est on ne peut plus légitime tant il est vrai que c'est bien la création et le développement des SAMU et SMUR qui ont été à l'origine de l'essor de cette discipline dans notre pays.

En effet, c'est la double nécessité de constituer d'une part un vivier de jeunes médecins compétents pour compléter, au côté des anesthésistes-réanimateurs, les équipes médicales de ces nouveaux services, et de faire d'autre part de tout futur médecin un intervenant de première ligne efficace face aux situations de détresse "en attendant le SMUR" qui a été l'élément moteur de cette dynamique.

Comme l'écrivait, dès 1975, Louis LARENG, Président fondateur de SAMU de France : *"désormais l'existence de moyens lourds de réanimation permettant la prise en charge de situations autrefois désespérées, justifie que pendant le délai qui précède leur arrivée auprès du patient le médecin praticien, lorsqu'il est le premier sur les lieux, fasse les premiers gestes thérapeutiques efficaces, sans lesquels le pronostic final risque d'être compromis"⁽¹⁾.*

Ainsi, il convient de relever deux évolutions parallèles et complémentaires dans le développement de l'enseignement de la médecine d'urgence dans les facultés de médecine françaises au cours des trente dernières années :

- d'une part l'essor d'un enseignement de base de la médecine d'urgence ou plus exactement des éléments fondamentaux de la réanimation d'urgence et des techniques de premier secours, pour tous les futurs médecins,
- d'autre part, la mise en œuvre progressive d'un enseignement spécifique conduisant à l'individualisation d'une discipline autonome de médecine d'urgence pour les médecins souhaitant faire carrière dans ce secteur en émergence.

L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence dans le tronc commun des études médicales

Dès 1970 (arrêté du 24 juillet) il était stipulé que devait "être assuré un enseignement élémentaire de

soins d'urgence et de réanimation aux étudiants de 1^{ère} année du 2^e cycle des études médicales."

Dans sa thèse de doctorat en médecine, soutenue à Amiens le 27 avril 1984, Christine AMMIRATI rendait compte de la première enquête effectuée de façon exhaustive auprès de toutes les facultés de médecine sur l'enseignement de cette discipline que l'on appelait alors, sur la proposition d'un médecin hongrois, GABOR, reprise par Louis SERRE et Maurice CARA, "oxyologie" (la science de l'aigu). Sur la base de cette étude, qui mettait en évidence une grande disparité entre les facultés, elle reprenait la proposition d'un groupe de travail, réuni en juillet 1983 à l'initiative de Louis LARENG, de structurer l'enseignement de cette nouvelle discipline en 3 niveaux : oxyologie élémentaire en 1^{er} cycle, oxyologie fondamentale dans le 2^e cycle et oxyologie supérieure dans le 3^e cycle, chaque niveau répondant à des objectifs pédagogiques précis⁽²⁾.

Deux mois plus tard, c'est ce dispositif qu'Adolphe STEG préconisait également dans son premier rapport sur l'Urgence Médicale présenté en juin 1984 au Conseil Economique et Social : *"Durant ses études, le médecin est instruit des "conduites à tenir" devant les différentes urgences mais il est en revanche insuffisamment formé pour affronter les états de détresse.(..). Il convient d'intégrer l'oxyologie dans le cursus normal des études médicales et d'en dispenser l'enseignement aussi bien au cours du 1^{er} cycle (oxyologie élémentaire) que du 2^e cycle (oxyologie fondamentale). Le certificat de médecine d'urgence qui existe actuellement dans quelques facultés à titre obligatoire, dans d'autres à titre optionnel, pourrait être utilement généralisé en fin de second cycle (DCEM4). Il comporterait des stages dans les SAMU-SMUR où les futurs médecins feraient l'apprentissage des gestes utiles au secours médical"⁽³⁾.*"

En 1985, dans une circulaire adressée à toutes les Facultés de médecine, le Ministère de l'Education Nationale insistait sur la nécessité de développer l'enseignement de la médecine d'urgence auprès de tous les étudiants et stipulait que *"le programme des enseignements et des examens du 2^e cycle des études médicales devra prendre en compte de manière spécifique" cette discipline.*

Certes, cette directive a été inégalement appliquée d'une faculté à l'autre mais la dynamique était, désormais, néanmoins irréversiblement lancée.

* Faculté de Médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne, SAMU 80, SMUR d'Amiens, CHU d'Amiens - F-80054 Amiens cedex.

Sept ans plus tard, l'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du 1^{er} cycle et de la première année du 2^e cycle des études médicales précisait, à notre initiative, que "*les techniques de premiers secours*" font partie des disciplines sur lesquelles l'enseignement porte obligatoirement.

Cette disposition a été reprise dans l'arrêté du 2 mai 1995, modifiant l'organisation du 1^{er} cycle et de la première année du 2^e cycle des études médicales, qui prévoyait que, pendant le stage de soins infirmiers de quatre semaines que les étudiants doivent effectuer avant le début de la deuxième année d'études, ceux-ci doivent être "*initiés aux gestes de premiers secours*".

En outre, dans une circulaire en date du 9 mai 1995, les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ont confirmé que la médecine d'urgence devait désormais être ajoutée à la liste des enseignements obligatoires de la deuxième partie du 2^e cycle des études médicales. Cette circulaire précisait par ailleurs l'obligation pour tout étudiant en médecine d'effectuer, au cours de ce 2^e cycle, un minimum de 36 gardes d'urgence formatrices avec prise de responsabilité croissante, notamment en chirurgie, médecine, réanimation et SAMU.

Ainsi le dispositif réglementaire pour assurer à tout futur médecin une formation minimale, théorique et pratique, à la prise en charge des urgences était désormais établi. L'arrêté du 10 octobre 2000 n'a fait que confirmer cette orientation en incluant un module "*synthèse clinique et thérapeutique - urgences*" dans le programme de la deuxième partie du 2^e cycle, devenu également le programme de l'examen national classant d'accès au 3^e cycle.

Au total, ce rappel témoigne d'une évolution très positive au cours des trente dernières années de la prise en compte des besoins de formation de tous les futurs médecins à l'urgence.

Il est cependant juste de souligner que cette évolution est pour une grande part due au militantisme, assorti d'une vigilance constante, de quelques universitaires responsables de SAMU et à l'écoute constructive que les conseillers ministériels, de l'éducation comme de la santé, ont bien voulu leur accorder chaque fois qu'ils venaient attirer leur attention sur l'importance pour la santé publique de cet enseignement minimum de la médecine d'urgence pour tous les futurs médecins.

L'individualisation d'une discipline autonome de médecine d'urgence

Sur ce plan aussi les responsables des SAMU et SMUR ont été pionniers. Tout a commencé à la charnière des années 60 et 70. À cette époque les premiers SMUR venaient d'être mis en place en application du décret du 2 décembre 1965 et le premier SAMU crée à Toulouse en 1968 par Louis LARENG. Le plus souvent ces premiers SAMU-SMUR avaient été créés

par les responsables des services et départements d'anesthésie réanimation dont ils faisaient partie intégrante. De ce fait leurs premières équipes médicales étaient constituées de médecins appartenant à cette discipline.

Cependant dans les hôpitaux sièges de SAMU-SMUR, ces spécialistes devaient faire face simultanément à l'augmentation rapide du volume d'activité des unités mobiles de réanimation et à leur sollicitation sans cesse croissante pour les autres domaines de leur compétence (blocs opératoires, unités de réanimation, consultations pré-anesthésiques, suivi post-opératoire des patients, etc.). C'est pourquoi le recours à d'autres médecins pour compléter les équipes SMUR s'est avéré très vite indispensable.

C'est ainsi que des médecins du contingent ayant une formation de généralistes se sont vus offrir à partir de l'été 1968 la possibilité d'effectuer leur service militaire dans des SMUR : il n'est pas abusif de considérer qu'ils furent de ce fait les premiers apprentis urgentistes de notre pays.

Outre la formation par compagnonnage en intervention, ils bénéficiaient généralement d'un enseignement organisé spécialement pour eux dans leur service d'affectation, comme celui que Philippe MENTHONNEX fut l'un des premiers à mettre en place à Grenoble. Plusieurs d'entre eux ont trouvé là la voie dans laquelle ils ont eu envie d'engager ensuite leur vie professionnelle et de solides vocations d'urgentistes sont nées grâce à cette disposition.

Celle-ci disparut lorsque le service de santé des armées se trouva en déficit de médecins pour faire face à ses propres besoins mais le pli était pris et la démonstration avait été faite de la possibilité et de l'intérêt de former, en complément des spécialistes en anesthésie-réanimation et en réanimation médicale, des praticiens de l'urgence issus de la médecine générale. Il restait à mettre en place une formation complémentaire adaptée pour ces médecins généralistes désireux d'exercer le métier d'urgentiste.

C'est pour répondre à cette nécessité qu'un groupe de responsables de SAMU a proposé dès 1981 la mise en place de diplômes d'université d'oxyologie-médecine d'urgence⁽⁴⁾. Le premier de ces diplômes a été créé à l'université de Paris XIII-Bobigny par Michel CUPA. D'autres furent bientôt instaurés à Amiens, Grenoble, Lille, Limoges, Paris XII-Créteil, Poitiers, Saint-Étienne, Toulouse, etc...

En 1986, la création des capacités de médecine, diplômes ouverts à tous les docteurs en médecine, offrit l'opportunité de franchir une étape supplémentaire en proposant un diplôme national, donc autorisé par l'Ordre des Médecins à être affiché comme compétence spécifique (ce qui n'est pas le cas des diplômes d'université). Là encore ce sont les médecins responsables de SAMU-SMUR qui ont, à l'initiative

du Syndicat National de l'Aide Médicale Urgente, futur SAMU de France, demandé par une pétition nationale massivement soutenue la création de cette capacité.

Plusieurs d'entre eux participèrent ensuite à l'élaboration de la maquette et l'histoire (de la médecine d'urgence) pourrait retenir que nous avons dû, pour lever la dernière barrière administrative, en réponse à l'appel téléphonique reçu un samedi après-midi du conseiller ministériel de l'époque, donner sur-le-champ, donc sans consultation possible de la collectivité (internet n'existait pas !), notre accord pour que cette nouvelle capacité, dont l'arrêté fondateur devait être mis le lundi suivant à la signature du ministre, s'appelle "Capacité d'aide médicale urgente" et non "Capacité de médecine d'urgence" comme nous l'avions souhaité. En effet, le ministère avait constaté que la maquette ayant été rédigée par des responsables de SAMU, le programme était très orienté vers la prise en charge des urgences en préhospitalier et qu'appeler la capacité "capacité de médecine d'urgence" risquait, de ce fait, de froisser les susceptibilités des autres praticiens hospitaliers de l'urgence. L'arrêté fondateur de la Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU) est daté du 13 mars 1986. Il fit l'objet de quelques aménagements par la suite.

En 1995, selon les recommandations d'un groupe de travail présidé par Geneviève BARRIER⁽⁵⁾, lui-même inspiré par un nouveau rapport d'Adolphe STEG⁽⁶⁾ pour la préparation duquel Louis LARENG, Président de SAMU de France, avait animé un groupe de travail sur la formation, un décret relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé préconisait la généralisation de la "seniorisation" de la prise en charge hospitalière des urgences. La nécessité d'un diplôme national permettant de préparer les praticiens à l'exercice de cette responsabilité apparaissait dès lors impérieuse.

Si, pour répondre à cette nécessité, certains responsables de services d'accueil des urgences préconisèrent en 1996 la création d'une spécialité sous la forme d'un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine d'urgence, la majorité des responsables de SAMU-SMUR se déclara plus favorable à une évolution de la CAMU.

C'est ainsi qu'en 1998 (arrêté du 3 juin) la Capacité de Médecine d'Urgence (CMU) remplaçait la Capacité d'Aide Médicale Urgente. Le groupe de travail chargé d'élaborer la nouvelle maquette était cette fois composé à la fois de responsables de SAMU-SMUR et de responsables de services d'accueil des urgences, et le programme a été conçu pour répondre à la fois aux besoins de l'activité SAMU-SMUR et à celle des SAU. La maquette pédagogique de cette nouvelle capacité a été améliorée en 2002 sur la base des conclusions d'un groupe de travail réuni à cet effet par la direction de l'enseignement supérieure.

Auparavant, une nouvelle étape décisive vers la reconnaissance de la médecine d'urgence comme spécialité avait été franchie par l'individualisation en 1995 de la discipline "*médecine polyvalente d'urgence*" dans le concours national de praticien hospitalier, conformément au vœu émis à notre initiative par les participants au symposium de consensus de réanimation préhospitalière de Montluçon de juin 1993.

Au cours des années suivantes la réflexion a été poursuivie entre urgentistes des SAMU-SMUR et des SAU pour déterminer le mode le plus approprié pour assurer la promotion de la médecine d'urgence comme discipline universitaire à part entière : fallait-il créer un DES ou un DESC ? C'est finalement cette deuxième option qui a prévalu, au motif qu'elle permettait à la discipline de continuer à bénéficier de la richesse d'un recrutement diversifié à partir de plusieurs DES, quand bien même le DES de médecine générale continuerait à en être le vivier principal. C'est aussi sur cette base que le choix a été fait de créer un DESC de type 1, qui permet à ses diplômés de conserver la qualification correspondant au DES qu'ils ont obtenu antérieurement. Aboutissement d'un long travail de concertation avec l'ensemble des organismes représentatifs de la "*famille*" des urgentistes, le DESC de médecine d'urgence a été officiellement créé par l'arrêté du 22 septembre 2004.

Auparavant s'était tenue, à l'Hôtel Dieu de Paris le 3 octobre 2002, l'assemblée constituante de la Collégiale Nationale des universitaires de Médecine d'Urgence qui deviendra par la suite le Collège National des Enseignants de Médecine d'urgence. (Président : Jean-Louis POURRIAT, Vice-Présidents : Denis BARON et Jacques KOPFERSCHMITT, Secrétaire Général : Bernard NEMITZ) avec pour objectif de poursuivre le travail en faveur d'un enseignement et d'une recherche scientifique toujours plus performants en médecine d'urgence.

Les formations complémentaires et la formation continue

Ayant constaté lors du tremblement de terre d'El-Asnam (Algérie) en octobre 1980 que les secours en situation de catastrophe nécessitaient une formation spécifique, Pierre HUGUENARD a créé dès 1981 à l'Université Paris XII-Créteil un diplôme d'université de médecine de catastrophe⁽⁷⁾. Cette initiative, reprise par la suite par d'autres universités, fut à l'origine de la création en 1985, avec l'appui de Haroun TAZIEFF, alors Secrétaire d'État aux risques majeurs, d'une Capacité de médecine de catastrophe pour la délivrance de laquelle plusieurs universités ont été habilitées (Amiens, Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris V, Paris XII, Toulouse)⁽⁸⁾.

Depuis 2003, l'Université d'Amiens délivre un diplôme d'université de coordination des secours médicaux en situation d'exception destiné aux cadres

des services d'urgence, coordonné par Christine AMMIRATI et l'Université Paris XII-Créteil délivre, à l'initiative de Catherine BERTRAND, un diplôme d'université d'expertise dans la gestion des interventions d'urgences sanitaires. Par ailleurs, au fil des années plusieurs actions de formation continue portant sur des aspects spécifiques, le plus souvent techniques, de la pratique de la médecine d'urgence ont été proposées aux urgentistes tels que des formations sur la régulation médicale, les transports sanitaires hélicoptérés, l'échographie, l'anesthésie locorégionale, l'intubation endotrachéale difficile, etc...

Enfin, il faut souligner que les outils indispensables de la formation continue en médecine spécialisée que constituent les réunions scientifiques de tous types - congrès, séminaires, journées scientifiques, symposiums, conférences... - se sont considérablement développés au cours de ces trente années. Certains rendez-vous réguliers sont ainsi devenus incontournables : ce fut bien sûr le cas du Congrès National des SAMU à périodicité biennale (le premier s'est tenu à Clermont-Ferrand en février 1977) qui fusionna à partir de 2000 avec le Congrès annuel de la Société Francophone des Urgences Médicales à l'initiative de Patrick GOLDSTEIN et de Philippe LESTAVEL. Ce fut aussi le cas des journées de consensus de réanimation pré-hospitalière de Montluçon créées en 1988 par Jean-Michel FONTANELLA, auxquelles ont succédé depuis quelques années les Journées scientifiques de SAMU de France. Citons également la journée de médecine d'urgence du Congrès Annuel de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation et les réunions organisées par la Société Française de Médecine de Catastrophe.

Des actions ayant pour objectif d'améliorer la formation des formateurs en médecine d'urgence ont également été mises en œuvre. Entrent notamment dans ce cadre :

- les journées universitaires de formation spécialisée de médecine en situation de catastrophe organisées par Paul PETIT à l'Université Claude Bernard de Lyon en décembre 1986,
- les premières journées pédagogiques de médecine d'urgence organisées à Amiens en décembre 2000 avec pour objectif de dynamiser la recherche pédagogique au service de la nouvelle discipline,
- le premier cours français de réanimation cardio-respiratoire organisé à Paris par Pierre CARLI en décembre 2000 sous l'égide de la SFAR.

Enfin la mise en place, au cours des dernières années des Collèges Régionaux de Médecine d'Urgence a dynamisé les actions de formation médicale continue en région.

CONCLUSION

La médecine d'urgence est aujourd'hui en France une discipline à part entière dont nul ne conteste la vocation à un enseignement spécifique de haut niveau.

Dès 2006, il sera réglementairement possible de nommer des Maîtres de Conférences et des Professeurs de médecine d'urgence. Une nouvelle étape aura ainsi été franchie qui permettra à notre pays de rejoindre le peloton de tête des nations, somme toutes encore peu nombreuses, dans lesquelles la médecine d'urgence a une position solidement établie au sein de l'ensemble des disciplines médicales.

RÉFÉRENCES

1. LARENG L. Plaidoyer pour une véritable pédagogie de l'urgence. *Nouv Presse Med* 1975;4:2670-2.
2. AMMIRATI Ch. Pour l'enseignement de l'oxylogie - État actuel et propositions d'amélioration. Thèse Médecine Amiens. 27 avril 1984.
3. STEG A. L'urgence médicale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social - *Journal Officiel - Avis et rapports du Conseil économique et social* 1984;n°15(28 juillet 1984):77.
4. CUPA M, HENNEQUIN CI, LAPANDRY CI, MARTINEZ-ALMOYNA M, MENTHONNEX Ph, NEMITZ B. Vers un diplôme d'université d'oxylogie-médecine d'urgence. Poster présenté au 3^e Congrès National des SAMU, Lyon, 1981. *Rev SAMU* 1983;6:83-4.
5. BARRIER G. Rapport sur la prise en charge préhospitalière des urgences. Septembre 1994.
6. STEG A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. Septembre 1993.
7. HUGUENARD P. Médecine de catastrophe, justification, particularités. *Convergences médicales* 1983;2:197-200.
8. NEMITZ B, AMMIRATI Ch. L'enseignement de la médecine de catastrophe. In "Traité Catastrophes - de la stratégie d'intervention à la prise en charge médicale". *Encyclopédie médico-chirurgicale* 1996:849-54.

