

LA FAÇON d'aborder l'investigation et le traitement des polytraumatisés est enseignée depuis une vingtaine d'années d'une façon standardisée par l'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*)¹. Ce cours intensif théorique et pratique fait maintenant partie des préalables essentiels pour traiter les cas de traumatologie de façon efficace et uniforme. Ce cours doit être repris tous les quatre ans. L'ATLS demeure un point de départ de formation continue en traumatologie. Nous nous sommes rendu compte que dans les milieux ruraux, la plupart des urgentologues ne posent que quelques drains thoraciques par année, intubent rarement, et ne font qu'une cricothyrotomie tous les quatre ans au chien de l'ATLS.

De toute évidence, le manque d'expérience avec ces techniques amenait les urgentologues à transférer les patients plutôt que de poser un drain thoracique et mettre leur vie en danger. Après enquête dans différents centres universitaires et périphériques, nous avons mis sur pied un programme d'enseignement théorique et pratique de techniques destiné aux urgentologues (*figure 1*). Ces ateliers visaient principalement à améliorer la qualité des transferts des centres périphériques tout en diminuant le temps que passent les patients dans ces centres.

Au tout début, nous avons noté que les transferts prenaient trop de temps, que des drains thoraciques indiqués n'étaient pas posés, que des techniques déficientes rendaient les intubations intratrachéales et les cricothyrotomies

Le maintien des compétences en traumatologie


par Marcel Martin

Vous êtes de garde à l'urgence lorsqu'un patient inconscient arrive ; il présente un stridor important, son score à l'échelle de Glasgow est de 8, et il a une importante quantité de sang dans le nez et la bouche. Il est impossible de l'intuber par la bouche et d'insérer un Combitube. Le patient est en désaturation et très difficile à ventiler. Une cricothyrotomie est indiquée, mais le chirurgien n'est pas disponible. Vous êtes seul à l'urgence. La dernière fois que vous avez pratiqué une cricothyrotomie, c'était sur un chien, il y a trois ans et demi, à l'ATLS. Que faire ?

Figure 1

Formation continue à l'Université de Sherbrooke

FORMATION CONTINUE



UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté de médecine

Ateliers pratiques de techniques utilisées en médecine d'urgence

Les 18 et 19 janvier 2000
Les 5 et 8 février 2000
Les 11 et 14 mars 2000

Durée d'un atelier : 2 h 30

FACULTÉ DE MÉDECINE
(UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE - 514-833-8000)
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec)

Direction scientifique
MARCEL MARTIN, M.D.
Département de chirurgie
Faculté de médecine

Comité scientifique
PIERRE GUÉRETTE, M.D.
Département de médecine d'urgence
CUSE

WAYNE SMITH, M.D.
Département de médecine d'urgence
CUSE

DENIS BISSON
Laboratoire d'anatomie
Faculté de médecine

Renseignements
CENTRE DE FORMATION CONTINUE
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Téléphone (819) 564-5350
Télécopieur (819) 820-6915
Courriel: cfc@courrier.usherb.ca
Site Web: http://cfc.cuse.usherb.ca

1. Intubation orale
2. Intubation nasale
3. Cricothyrotomie à l'aiguille
4. Combitude
5. Cricothyrotomie chirurgicale
6. Accès veineux central, des veines sous-clavières, fémorales et jugulaires
7. Thoracotomie à l'aiguille
8. Tube thoracique
9. Péricardiocentèse
10. Dissection veineuse

103

Le Dr Marcel Martin, chirurgien général, FRCS, FCCM, est chef des soins intensifs chirurgicaux et du programme de traumatologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

mies difficiles, sinon impossibles, etc.

Nous avons donc créé un programme de formation continue dans le cadre duquel les urgentologues se rendent

tous les trois mois au laboratoire pour s'exercer à ces gestes sur des cadavres frais non embaumés. Très rapidement, après deux ou trois cours, l'ensemble des

Tableau I

Deux groupes d'urgentologues : groupe du CHUS et autre groupe d'un centre périphérique. Pourcentage des médecins pouvant exécuter ces techniques en moins de 100 secondes sans complications

Nom	Formation continue		Dissection de la veine saphène
	Intubation	Drain thoracique	
Groupe du CHUS :			
Atelier 1		81,25 % (13/16)	40 % (6/15)
Atelier 2		100 % (7/7)	66,66 % (2/3)
Autre groupe :			
Atelier 1	85,71 % (30/35)		47,22 % (17/36)
Atelier 2	100 % (17/17)		50 % (7/14)
Atelier 3			75 % (3/4)

urgentologues ont été capables d'appliquer les techniques dans les délais prescrits et sans complications (tableau I).

L'étude effectuée sur le programme sera présentée à l'American Association for Surgery of Trauma (AAST)² à la fin de l'année. En plus de l'entraînement sur des cadavres, notre méthode d'enseignement fait appel à des notions de kinésiologie, c'est-à-dire à la décomposition des mouvements dans le but de favoriser la rétention. Les études préliminaires sur cette méthode ont montré qu'elle donnait de

bons résultats (tableau II)³.

Ainsi donc, les ateliers ont permis aux médecins d'acquérir et de conserver des compétences essentielles en traumatologie et en médecine d'urgence. Nous avons mis sur pied un système de contrôle de la qualité des réanimations, par lequel nous prévoyons suivre les transferts des centres périphériques aux centres spécialisés et nous servir de la télé-médecine⁴ pour faire des contrôles de qualité « en direct » afin d'établir un programme

d'enseignement adapté aux besoins des différents milieux.

Le cours de l'ATLS est très utile, certes, mais il doit être complété par un effort soutenu et continu d'entraînement. Les ateliers pratiques constituent, à notre avis, la condition *sine qua non* de la pratique appropriée de la médecine d'urgence en milieu rural ; en outre, ils ont amélioré la qualité des transferts des patients polytraumatisés.

DE TOUTE ÉVIDENCE, ce savoir-faire ne doit en aucun cas inciter le médecin à entreprendre des traitements trop énergiques et à ne pas respecter les indications et contre-indications de ces gestes techniques. L'ATLS enseigne une philosophie de planification. Les ateliers sont un complément au cours sur la ligne de conduite à suivre en traumatologie.

Les ateliers peuvent donc compenser pour la difficulté que pose le maintien de certaines compétences dans les milieux ruraux, où certains gestes ne sont faits que rarement. Même dans les centres universitaires, l'enseignement de ces pratiques avec une méthode kinésiologique nous a convaincus que l'amélioration est toujours possible, même chez les grands spécialistes de certaines techniques.

Tableau II

Résultats d'examen théoriques et pratiques avec ou sans kinésiologie – résidents de première année

	Avec kinésiologie	Sans kinésiologie	P
Examen théorique	83,8 ± 9,86	46,8 ± 8,44	< 0,0001
Examen pratique	85,1 ± 5,97	50,46 ± 19,9	= 0,0163
Évaluation des étudiants de 4 ^e année et des résidents de 1 ^{re} année	62,8 ± 13,18	38,1 ± 10,51	= 0,0266

documentation

Ces cours sont maintenant offerts à tous les urgentologues intéressés dans toute la province de Québec. □

Bibliographie

1. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support. Instructor Course Manual*. Chicago : ACS, 1997 : 9-20.
2. Martin M, Smith W, Guérette P, Poisson J. *A kinesiology approach for practical teaching of trauma skills in emergency*. Présentation n° 08-02 à l'American Association for Practical Teaching of Trauma Skills in Emergency Medicine 2000 (sous presse).
3. Richard KS, Martin M, Scalabrini B, Bernard D, Xhignesse MA, Poisson J. *Teaching and certifying performance competence in surgical skills*. Atelier de l'Association for Program Directors in Surgery, Phoenix, Arizona, 28 avril 2000.
4. Demartines N, Mutter D, Vix M, Leroy J, Glatz D, Rösel F, Harder F, Marescaux J. Assessment of telemedicine in surgical education and patient care. *Ann Surg* 231 (2) : 282-91.

Répertoire des programmes de traitement de la douleur chronique

Le service de recherche du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL) a publié en septembre 1998 le *Répertoire des programmes de traitement de la douleur chronique de la région de Montréal*. Ce dernier est disponible gratuitement sur le site Internet du CRCL (<http://www.clethbridge.qc.ca/repertoi.pdf>). Une édition mise à jour du répertoire est prévue pour le printemps 2001.

Nous recensons donc présentement les programmes sur la douleur chronique offerts dans la région de Montréal qui n'apparaissent pas dans l'édition de 1998. Nous visons les programmes structurés, dont l'approche, la durée et la clientèle sont bien définies.

Si vous travaillez dans un programme sur la douleur chronique qui répond à ces critères, et que vous désirez qu'il apparaisse dans le répertoire, nous vous prions de bien vouloir communiquer avec Eugénia Oléa au (514) 487-1891 poste 283.

La Santé cardiovasculaire du 17 au 25 mai 2001



**Reconnu par la FMOQ pour 18 heures de crédits de Catégorie 1
(6 matinées de 3 heures)**

- admissible aux mesures de ressourcement
- une demande d'admissibilité au nouveau fonds de formation médicale continue sera faite.

**Vol direct Montréal – Bordeaux
Visites de vignobles organisées par le sommelier Stéphane Lortie**

**Nombre de places limité. Inscription immédiate : Voyages Montambault
1385, boul. des Laurentides, bureau 200, Laval, Qué. H7M 2Y2
Tél. : (450) 667-5900 (514) 388-8870 (Rive-Sud)
1-877-667-5900 (sans frais) (450) 667-2101 (télécopieur)
vmontam@total.net (courriel)**

**Pour information, demander Anne ou Christiane
Site Web La Jacombe inc. : <http://www.lajacombe.com/>
Site Web de la FMOQ : <http://www.fmoq.org>**

Programme complet disponible sur demande seulement à partir de janvier 2001.
Congrès organisé par le consortium FMOQ-La Jacombe et EMC² International