

Zeitschrift: Revue Militaire Suisse
Herausgeber: Association de la Revue Militaire Suisse
Band: - (2020)
Heft: 4

Artikel: Apprendre de son expérience, l'exemple de la médecine préhospitalière genevoise
Autor: Barras, Hervé / Suppan, Laurent / Niquille, Marc
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-913901>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Sanitaire

Apprendre de son expérience, l'exemple de la médecine préhospitalière genevoise

Lt-col Hervé Barras, Dr. Marc Niquille, Dr. Laurent Suppan

EM SPP A, prof HEPVS, Médecin adjoint HUG responsable de l'unité des urgences pré-hospitalières et de réanimation, Médecin adjoint HUG responsable de la Brigade sanitaire cantonale

L'objectif de cette communication est de mettre en valeur les procédures permettant un apprentissage issu de la pratique dans le cadre particulier de la médecine préhospitalière telles que développées aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Elle s'appuie sur des observations de terrain et fait suite à une conférence-débat animée à la Haute Ecole Pédagogique du Valais organisée dans le cadre du Soutien à l'Enseignement et l'Apprentissage. En effet, il est toujours inspirant de s'intéresser aux pratiques d'autres professions afin de proposer des innovations pertinentes dans sa propre pratique. Nous expliquerons en générale comment les médecins se forment et en particulier comment ils développent leurs compétences en urgences préhospitalières aux HUG.

Le cadre général de la médecine actuelle est très intéressant. Il est marqué par un développement des techniques et des pratiques, le tout soutenu par une intense activité de recherches fondamentales et cliniques. Les praticiens doivent s'informer des avancées de ce développement. Une partie de leurs activités est donc dédiée à la lecture systématique et critique de la littérature spécialisée. Cette pratique est soutenue par le concept d'evidence based medicine; autrement dit, la pratique actuelle est basée sur les résultats de la recherche (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996) Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996. Dans ce cadre, l'opposition classique entre la théorie et la pratique n'est plus possible. Il y a une articulation entre les différents apports de savoirs théoriques et pratiques qui construisent la compétence professionnelle (Legendre, 1998). En effet, le développement de nouveaux savoirs dans un optimum est issu de la détection, l'analyse et la recherche de solutions à la suite d'un dysfonctionnement (Huberman, 1986, p. 8). Nous retrouvons cette vision les principes de l'analyse d'incidents critiques issus de l'industrie du nucléaire ou de l'aviation (Gautier, 2015) mais également dans la suite des travaux de Deming

(1996, 2002) sur la qualité ou de Kolb (1984) sur le développement des savoirs chez diverses professions libérales.

La profession de médecin se caractérise par une formation initiale exigeante dont l'objectif serait d'emmagasiner des connaissances pointues. A la suite de l'obtention d'un titre universitaire en médecine humaine, la formation se poursuit la plupart du temps par une spécialisation clinique dans un établissement de soins. Cette phase permet de mobiliser ces connaissances acquises afin de développer des compétences à l'aide d'une pratique d'abord guidée puis de plus en plus autonome. Le contact régulier avec les diverses professions médicales et paramédicales apporte également un lot d'expériences supplémentaires soutenant ce développement. En conséquence, cette phase correspond à une forme de compagnonnage qui guide le jeune diplômé en médecine humaine vers l'autonomie attendue du spécialiste en médecine auquel il se destine.

Formation en médecine préhospitalière

La médecine préhospitalière est une pratique particulière de la médecine puisqu'elle prend en charge tous les types de patients en détresse, durant un court laps de temps, en allant à leur contact non pas à l'hôpital mais là où ils se trouvent sur le terrain: voie publique ou chez les particuliers. Cette activité se caractérise également par l'urgence avec, dans certains cas, un pronostic vital engagé. Le cadre de travail, les habitudes, l'apport de l'équipe soignante sont autant de variables chamboulées par les caractéristiques propres de cette pratique hors du cadre hospitalier. Il faut donc apprendre à travailler dans des conditions dégradées, on parle même parfois de milieu « hostile », et sans cesse changeantes. Cette activité propose des moyens médicaux, paramédicaux et organisationnels dont l'objectif est la préservation de la vie et les capacités fonctionnelles d'un ou de

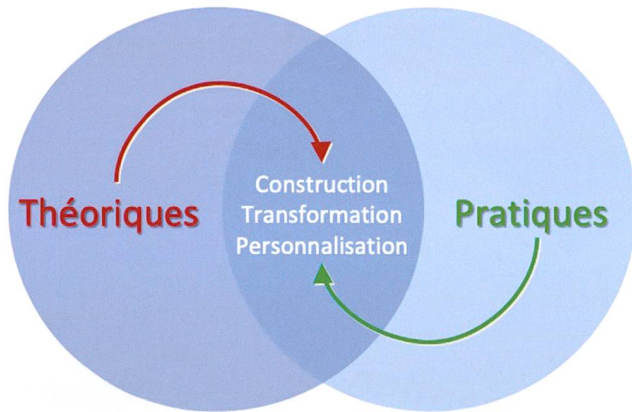


Figure 1, Modèle réflexif de Kolb (1984) qui propose un développement au travers d'une analyse de son activité afin de dégager des éléments généralisable pour ensuite les transférer dans d'autres situations.

plusieurs patients en situation d'urgence. Les soins sont prodigués en respectant des critères de rapidité, de suffisance, d'adéquation et d'équité. Les collaborateurs de la médecine préhospitalière travaillent dans l'inter-professionnalité. A savoir, elle réunit les secouristes, les techniciens ambulanciers, les ambulanciers diplômés, les médecins (internes et chefs de cliniques) et les médecins superviseurs sur le terrain où chacun agit en fonction de sa formation et de ses compétences. En raison de la particularité de cette situation, les médecins sont obligés de pratiquer avec des informations fragmentaires nécessitant un tri de pertinence selon la spécificité de l'intervention et de son déroulé. Ils doivent décider dans l'incertitude les actions à accomplir en se basant sur une approche probabiliste documentée ne recherchant pas le diagnostic mais se concentrant sur la préservation des fonctions vitales du patient.

La médecine d'urgence et préhospitalière n'est pas reconnue en Suisse comme une spécialité. Il n'est donc pas possible de se baser sur un compagnonnage classique, comme dans les autres spécialités. De plus, l'activité en dehors du milieu hospitalier ne permet pas un accompagnement soutenu tel qu'il peut être assuré dans d'autres services. En conséquence, aux HUG, les stages en médecine préhospitalière ne peuvent intervenir, pour les internes, qu'après deux années complètes de pratique clinique ou auprès des chefs de cliniques. Il résulte également des conditions de travail la mise en place d'une formation pratique et en ligne en amont du stage. Finalement, afin de s'assurer que toutes les expériences vécues se transforment en un apprentissage durable, chaque matin, un colloque patients est organisé afin d'analyser l'ensemble des cas traités la veille.

D'une certaine manière, le médecin plongé dans une intervention d'urgence se retrouve dans une situation de crise qui peut potentiellement le déstabiliser ou désorganiser son travail. Il est donc nécessaire de développer des outils de gestion de la crise. Des outils de gestion de la crise sont à développer, à savoir 1) acquérir

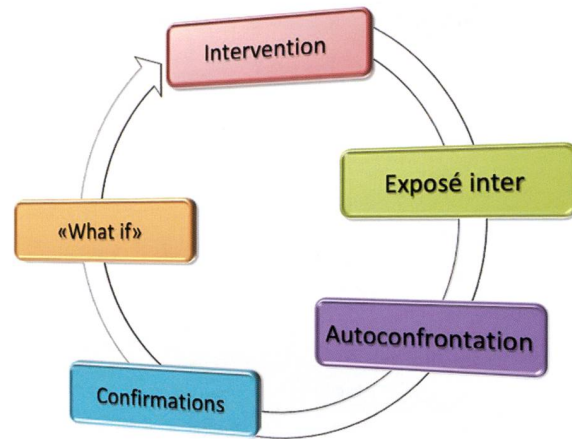


Figure 2, Articulation entre les apports théoriques et pratiques, d'après Legendre (1998). Il permet une construction, une transformation et une personnalisation tant des savoirs savants que pratiques.

une culture de l'urgence, 2) anticiper les signaux avant-coureur, 3) analyser la situation 4) appliquer les principes de gestion de crise 5) conscientiser son état de stress 6) anticiper et résoudre des cas complexes virtuels (Crocq, Huberson, & Vraie, 2009). Ces principes permettront une meilleure gestion de la crise et surtout éviter que le professionnel se laisse déborder par les événements et conserve ainsi un temps d'avance. De plus selon ces mêmes auteurs, il est nécessaire dans l'action d'avoir une gestion de la conduite «méta» qui englobe l'espace, le temps, la communication, l'équipe, l'information et les externes en plus de la conduite purement médicale.

L'accompagnement de l'équipe

Le colloque patient est issu d'une pratique visant à déterminer si un traitement a été efficace ou non pour le patient et d'en rechercher les raisons. Cette analyse doit se faire en toute transparence dans une culture permettant d'exposer tous les événements même indésirables sans crainte. L'objectif étant bien de promouvoir le développement des compétences de l'équipe. Aujourd'hui, il prend également le nom de revue de morbidité et de mortalité (Häsler & Schwappach, 2018).

Dans le cadre de la médecine préhospitalière des HUG, le colloque patients est conçu, expliqué et pratiqué comme un lieu d'analyse de la pratique et donc d'apprentissage (Pastré, 2002). Les membres de l'équipe, médecins cadres, médecins stagiaire, médecins internes et ambulanciers sont présents lors du colloque. Il est guidé par un médecin cadre. Dans un premier temps l'équipe écoute le récit structuré de l'intervention rapporté par un médecin. Il s'appuie sur son vécu mais également tous les éléments de preuves récoltés durant l'intervention, anamnèse, analyses et actions effectuées. Le récit est ensuite précisé par les questions du médecin cadre. Elles portent sur la réflexion de l'intervenant : « Comment déduis-tu ceci ? » « Pourquoi fais-tu cela ? » « Si tu passes ce produit, quelle quantité demandes-tu, pourquoi cette quantité, quelles sont les conséquences

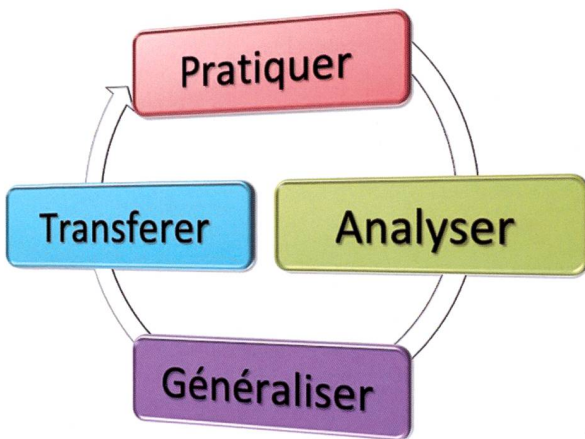


Figure 3, Règles de conduite permettant d'influencer sur l'intervention, d'après Crocq et al. (2009).

attendues?»... Une troisième partie de l'analyse se questionne sur le devenir du patient à l'hôpital. Elle précise les intuitions du médecin lors de l'intervention en recherchant le diagnostic posé par les équipes hospitalières. Selon les cas, une dernière partie est envisagée autour des « *what if* » ou « *que ferais-tu si...* ». Cette fois, c'est un travail d'anticipation qui est mis en œuvre. Des scénarii sont envisagés et questionnés en équipe. Cette fois encore, les éléments de réponses se basent sur les apports des études cliniques ou sur les protocoles de soins standardisés actuellement en vigueur.

Tout au long de cette analyse l'erreur revêt un statut particulier. Au-delà de l'erreur, qui permet d'apprendre, il y a également une dimension d'apprentissage par l'exemple, certains des médecins pouvant se baser sur les expériences positives de leurs collègues. Cela diffère donc, de ce point de vue, de la « simple » notion de revue de morbidité et de mortalité. En effet, elle n'est pas vue sous l'angle unique de l'individu mais plus le fruit d'une incompréhension qui se trouve à la fois chez la personne mais également l'équipe et le système. Sa survenue est une alerte à prendre en compte afin d'éviter sa répétition. Elle est un marqueur tangible d'une procédure ou d'une réflexion erronée. Déclarer son erreur et trouver son origine ne peut se faire qu'en analysant la situation, les réflexions et les prises de décisions à un moment précis. C'est bien cette reconstruction de la réflexion en situation qui permet de comprendre l'erreur et de déterminer les modifications à apporter. Ce travail réflexif précède une meilleure compréhension des compétences déployées et soutient un apprentissage efficace de nouvelles connaissances. En conséquence, expliquer sa survenue, c'est l'éviter dans le futur. De plus, une analyse en équipe profite également à l'ensemble de ses membres qui peuvent l'exploiter dans une situation similaire future. Nous sommes dans une forme d'apprentissage de groupe où les connaissances et les pratiques sont discutées puis validées.



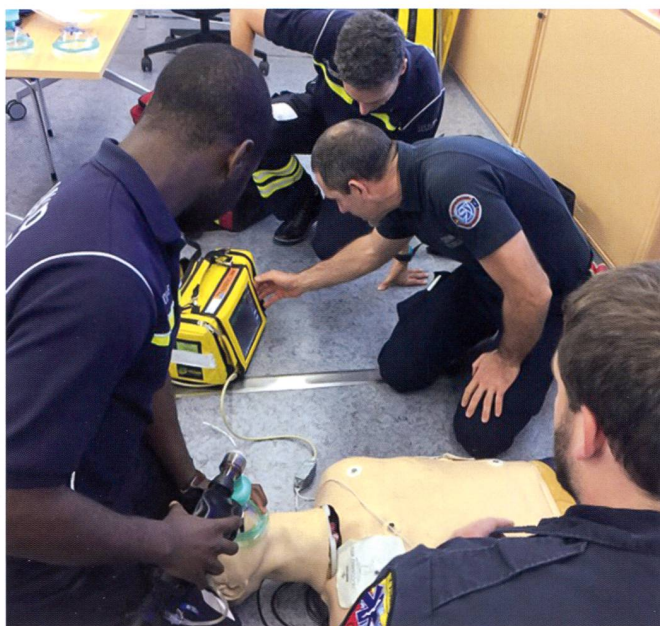
Figure 4, Représentation du modèle d'analyse de l'activité développé par le service de médecine préhospitalière des HUG.

Conclusion

L'exemple exposé dans ce bref article démontre l'efficacité des outils de l'analyse de pratique. Nous n'avons pas insisté sur les outils issus du management de la qualité et les apports des sciences de la sûreté qui ont présidé au développement de ce modèle. Cependant, les leçons à retenir de cet exemple sont triples. Premièrement, ce modèle nécessite la création d'une culture de l'analyse de l'activité. Chaque acteur peut déclarer ses erreurs afin de profiter de la confrontation d'un superviseur et de l'expérience des pairs. Deuxièmement, il requiert un déplacement du statut de l'erreur d'une cause purement individuelle vers des causes multiples appartenant tant au système, à l'équipe qu'à l'individu. Finalement, pour fonctionner ce modèle réclame une systématisme dans sa démarche. Elle se retrouve dans sa procédure, exposé des faits, analyses, confrontation à la littérature etc. mais aussi dans sa régularité, dans ce cas tous les jours. Le modèle déployé par la médecine préhospitalière aux HUG promeut une démarche de retour d'expériences utile à tout le service. Il remplit pleinement son objectif de formation et de développement des compétences.

Cet exposé démontre également que l'analyse de pratique est adéquate et profitable pour une activité aussi complexe que la médecine. Nous pouvons, sans craintes exagérées, imaginer que cette analyse de pratique soit transposable dans une multitude d'autres professions. En effet, il existe déjà des exemples concrets dans le monde de l'enseignement qui propose de pratique réflexive à ses collaborateurs, les services spéciaux des Armées en France pratiquent des RETEX ou les pilotes militaires le débriefing à la fin d'une mission.

H. B., M. N., L. S.



Engagement de la protection civile vaudoise auprès des hôpitaux du canton. Toutes les photos © Julie Masson.



Bibliographie

- Crocq, L., Huberson, S., & Vraie, B. (2009). *Gérer les grandes crises sanitaires, écologiques, politiques et économiques*. Paris, France : Odile Jacob.
- Deming, W. E. (1996). *Du nouveau en économie* (2e éd.). Traduction par J.-M. Gogue, Paris, France : Economica.
- Deming, W. E. (2002). *Hors de la crise* (3e éd.). Traduction par J.-M. Gogue, Paris, France : Economica.
- Gautier, A. (2015). L'erreur dans la prise de décision en situation. Le cas d'une collision aviaire en phase d'écopage. *Revue française de gestion*, 41(246), 41-62. <https://doi.org/10.3166/rfg.246.41-62>
- Häsler, L., & Schwappach, D. (2018). *Revue de morbidité et de mortalité*. Zürich, Suisse : Fondation Sécurité des patients Suisse.
- Huberman, M. (1986). Un nouveau modèle pour le développement professionnel des enseignants. *Revue française de pédagogie*, 75(1), 5-15. <https://doi.org/10.3406/rfp.1986.1505>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Legendre, M.-F. (1998). Pratique réflexive et études de cas : Quelques enjeux à l'utilisation de la méthode des cas en formation des maîtres. *Revue des sciences de l'éducation*, 24(2), 379-406.
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138(1), 9-17. <https://doi.org/10.3406/rfp.2002.2859>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>