

Le médecin d'urgence – un spécialiste incontournable du système de sauvetage suisse

Stefan Müller^a,
Wolfgang Ummerhofer^b

a Dr, directeur médical,
Schutz & Rettung Zürich

b Prof., service d'anesthésie,
hôpital universitaire de Bâle

En éditant ses thèses sur le sauvetage en Suisse en 1996, le Forum du sauvetage de la FMH avait déjà abordé cette question et précisé que la médecine d'urgence et de sauvetage préhospitalière avait besoin de médecins spécialement formés. Ce principe vaut encore aujourd'hui et les thèses, actualisées et remplacées en 2010 par des lignes directrices pour le sauvetage en Suisse, montrent qu'il existe des solutions judicieuses sur le plan régional. La FMH s'engage pour des soins d'urgence associant des médecins d'urgence/médecins de garde et des ambulanciers.

Les médecins d'urgence doivent donc, conformément aux concepts d'intervention cantonaux, être intégrés à des institutions ou à des organisations de sauvetage reconnues de manière à pouvoir intervenir à tout moment. Pour y parvenir, l'on peut recourir au système stationnaire ou au système de rendez-vous. Dans le système stationnaire, le médecin d'urgence se joint à l'équipe de l'ambulance d'urgence, alors que dans le système de rendez-vous, il se rend sur le lieu de la détresse de son propre chef avec le véhicule d'intervention du médecin d'urgence pour y rejoindre l'équipe de sauvetage. Le système de rendez-vous se prête particulièrement bien à l'intégration des médecins installés, mais les deux systèmes comportent des avantages et des inconvénients et doivent être adaptés aux réalités régionales. Dans les régions périphériques, il peut être avantageux pour les services de sauvetage hospitaliers de recourir au système stationnaire si les temps de déplacement sont longs. Le médecin d'urgence peut aussi opter pour un moyen de sauvetage par les airs. Dans les agglomérations, où les interventions simultanées sont fréquentes et où les médecins d'urgence sont disponibles pour plusieurs services de sauvetage, le système de rendez-vous offre en revanche une plus grande flexibilité.

Les centrales d'appels sanitaires urgents (CASU) doivent, si le pronostic vital du patient est engagé, mandater dans tous les cas un ambulancier *et* un médecin d'urgence. L'indication du recours au médecin d'urgence peut être adaptée en fonction des spécificités géographiques et il est tout à fait envisageable, si la durée de transport est courte, que les patients coronariens aigus soient d'abord pris en charge par un ambulancier et que le médecin d'urgence n'intervienne qu'en cas de déroulement instable ou pour la réanimation. En revanche, si le lieu de détresse est situé en périphérie et que le temps de transport est long, il est judicieux d'impliquer le médecin d'ur-

gence tout au long du processus. Dans ces cas-là, les centrales d'appels sanitaires urgents doivent obligatoirement faire appel au médecin d'urgence. Les institutions responsables devront également s'organiser de manière à ce que l'intervention transmise par la CASU puisse être immédiatement exécutée. Pour les systèmes d'intervention hospitaliers, les plans de garde doivent obligatoirement être adaptés aux disponibilités du médecin d'urgence de garde.

L'Interassociation de sauvetage (IAS) est responsable de la certification et de la gestion de l'assurance-qualité des organisations de sauvetage. Elle vérifie également si les indications d'intervention du médecin d'urgence ont été respectées. Bien que strictes, ces indications peuvent comporter des exceptions, notamment si la situation devait massivement se dégrader dans le véhicule de sauvetage peu avant d'arriver à l'hôpital, il pourrait alors s'avérer utile de poursuivre le trajet sans le médecin d'urgence. Le cas échéant, le non-respect de l'indication initiale doit toutefois être annoncé à l'interne, faire l'objet d'une discussion et être documenté de manière claire pour l'IAS.

L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) de la FMH est chargé de réglementer la formation postgraduée des médecins d'urgence. La condition minimale requise est une formation postgraduée clinique de trois ans, ce qui garantit que seuls des confrères expérimentés sont affectés à ce service. Les autres conditions requises sont la participation (avec réussite de l'examen) à un cours pour médecins d'urgence et aux cours «Ad-

Dans son rôle de forum des sociétés de discipline, le Forum du sauvetage de la FMH a élaboré des lignes directrices pour une assistance préhospitalière d'urgence uniforme et obligatoire, également en cas d'événements de grande ampleur. La FMH s'engage pour que les soins urgents soient assurés par les urgentistes, ou des généralistes spécialement formés, et les ambulanciers. En été 2010, le Forum du sauvetage a actualisé ses thèses publiées en 1996 (Bulletin des médecins suisses n° 33, 2010 et www.fmh.ch → SERVICES → Forum du sauvetage). Le BMS consacrera une série d'articles périodiques qui traiteront plus en détail les huit points énoncés dans les nouvelles lignes directrices.

Nous tenons à remercier Bruno Durrer et Heinz Zimmermann pour leur relecture critique.

Correspondance:
Prof. Wolfgang Ummerhofer
Hôpital universitaire de Bâle
Service d'anesthésie
CH-4031 Bâle

[ummerhoferw\[at\]uhbs.ch](mailto:ummerhoferw[at]uhbs.ch)

vanced Cardiac Life Support» et «Advanced Pediatric Life Support». Par ailleurs, les médecins concernés doivent attester une activité de trois mois dans un service d'urgence et une activité de trois mois également dans un service de médecine intensive. Après 50 interventions, réalisées sous supervision et documentées, auprès de patients présentant un indice NACA ≥ 4 dans un établissement de formation postgraduée reconnu, la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS) remet au médecin l'attestation de formation complémentaire en médecine d'urgence préhospitalière (médecin d'urgence).

Ces exigences élevées garantissent que les patients avec un pronostic vital engagé soient traités et transportés de manière compétente. Il est aussi important pour les ambulanciers que le médecin d'urgence de l'équipe soit à même de garantir une qualité des soins élevée. C'est pourquoi la FMH s'engage pour que les médecins d'urgence soient tous parfaitement formés et titulaires d'une attestation de formation complémentaire valable; et c'est pourquoi également les médecins d'urgence en formation dans des établissements de formation postgraduée reconnus doivent travailler sous supervision étroite. Les détenteurs de certificats étrangers peuvent demander à obtenir une attestation de formation complémentaire auprès de la SSMUS à condition que la formation suivie soit équivalente à la formation suisse.

La charge personnelle et logistique élevée qu'implique la formation de médecin d'urgence devrait également pouvoir être mise à profit dans le quotidien des urgences. Malheureusement, dans beaucoup d'hôpitaux, l'activité de médecin d'urgence reste cantonnée aux médecins-assistants. En effet, les médecins-cadres ne peuvent souvent plus participer personnellement au service d'urgence en raison du mandat de prestations interne de l'hôpital. Les patients en détresse ne peuvent ainsi pas profiter des connaissances, des aptitudes et de l'expérience des médecins-cadres. Le fait que la médecine d'urgence préhospitalière n'est exercée qu'à un certain stade de la formation s'explique notamment par la quasi absence d'activités de recherche dans le domaine de la médecine d'urgence et de sauvetage.

Dans son concept de formation, la SSMUS met désormais davantage l'accent sur l'orientation interdisciplinaire de l'attestation de formation complémentaire préhospitalière: en plus d'une année d'anesthésiologie, la formation clinique de trois ans doit comprendre un an de médecine interne, de pédiatrie ou d'une discipline opératoire. Lors de l'année de formation en anesthésiologie, les médecins

qui ne sont pas spécialisés dans cette discipline doivent se familiariser avec les compétences de base de la gestion des voies respiratoires et les techniques élémentaires de l'accès veineux et de la pharmacologie d'urgence. La Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR) a élaboré un programme particulier pour cette année de formation afin que les médecins en formation puissent acquérir les connaissances de base en anesthésiologie et réanimation.

Contrairement à la prise en charge purement «paramédicale» que connaissent les pays anglosaxons, il est essentiel dans notre pays, petit mais densément peuplé, que la prise en charge préhospitalière des patients en détresse soit assurée par des médecins d'urgence et de garde. Ces médecins sont là non seulement pour superviser et diriger les opérations, mais doivent également, si nécessaire, optimiser sans délai la prise en charge de patients avec un pronostic vital engagé. L'engagement de médecins en médecine d'urgence et de sauvetage est une réelle chance qui requiert cependant une formation et un équipement de qualité élevée de même que des concepts d'intervention durables.

En bref:

- Les médecins d'urgence sont des médecins formés en médecine d'urgence et de sauvetage préhospitalière conformément aux exigences de l'ISFM et de la SSMUS et qui ont obtenu leur attestation de formation complémentaire. Il est essentiel que la formation de base et continue des médecins d'urgence soit assurée par des médecins d'urgence expérimentés.
- En fonction du lieu d'intervention, le système de rendez-vous ou le système stationnaire est appliqué.
- Les indications du recours au médecin d'urgence sont fixées par l'Interassociation de sauvetage (IAS); elles peuvent être adaptées en fonction des spécificités géographiques à condition que les modifications soient motivées.
- La bonne collaboration entre les ambulanciers et le médecin d'urgence augmente la sécurité des patients.
- Une meilleure interdisciplinarité dans la formation de base et continue permet de représenter au mieux le collectif de patients et de combattre la ségrégation des organisations médicales.