

Assurer l'analgosédation et le coma pharmacologique dans le cadre des soins médicaux d'urgence.

En Belgique, la médecine d'urgence est une spécialité à part entière, reconnue depuis plus de 10 ans. De jour comme de nuit, l'urgentiste est disponible en première ligne pour recevoir, traiter et orienter tout patient ayant une demande et un besoin de soins soudains et imprévus dans notre système de santé. Pour ce faire, sa formation comprend - au début mais aussi tout au long de la carrière professionnelle - une formation approfondie dans tous les aspects de la réanimation et des soins d'urgence, pour enfants et adultes, et plus spécifiquement également dans la gestion des voies respiratoires, la sédation, l'antalgie et l'induction. D'un coma pharmacologique, et ce aussi bien en milieu préhospitalier qu'au sein des urgences [Curriculum commun européen de médecine d'urgence 2.0, UEMS – EUSEM. 2019 ; URL : <https://eusem.org/education/curriculum/european-curriculum-of-emergency-medicine>].

La médecine d'urgence a plus que gagné ses galons ces dernières années, non seulement comme porte d'entrée et filtre nécessaire pour la médecine hospitalière, mais aussi comme partenaire des soins primaires. Les 2 dernières années COVID ont encore souligné son rôle crucial. La collaboration et l'échange d'expertise entre les disciplines ont toujours été au cœur de cette pratique. Dans de nombreux services d'urgence, cette interdisciplinarité se déroule sans aucun problème, tant en ce qui concerne les soins aigus aux patients que la formation approfondie de tous les acteurs impliqués.

L'analgésie urgente et le coma pharmacologique font intrinsèquement partie des compétences de base d'un médecin urgentiste. Ces procédures se déroulent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ne sont pas planifiées et sont généralement de nature critique en termes de temps ou de condition. En effet, le fait de ne pas effectuer ou de retarder la procédure augmente la mortalité et la morbidité ou perpétue une situation d'inconfort grave pour le patient. Les nombreuses preuves scientifiques que cela peut être fait en toute sécurité et de manière qualitative par les médecins d'urgence sont difficiles à contester ([Green SM, et al. Ann Emerg Med. 2019](#)). De plus, compte tenu du contexte particulier de la médecine d'urgence, où le patient est souvent instable, par définition non à jeun, éventuellement agité, etc., l'urgentiste est idéalement armé pour réaliser ces actes urgents.

Lorsque la loi qualité est entrée en vigueur au début de cette année, nous avons constaté en tant que groupe professionnel que la réalité ci-dessus n'avait pas été considérée et que cela pouvait de facto obliger les médecins urgentistes à travailler dans un vide juridique. On pouvait alors s'interroger sur cette forme d'obscurantisme ou si cela résultait de pressions exercées par d'autres professions, motivées par un corporatisme malavisé et une cupidité financière ? La lettre de BSAR et BESARPP dont nous avons pris connaissance, semble lever nos derniers soupçons...

Sans vergogne et de manière caricaturale, la loi qualité et la sécurité du patient sont manipulées à fins individuelles et avec pour seul objectif le bénéfice pécuniaire loin d'une valeur chère aux urgentistes, celle de soins centrés sur le patient !

Divers éléments de cette lettre posent problème; sa rhétorique de guerrière et les accommodations grossières avec la vérité nous interpellent fortement. Un confrère sera-t-il effectivement poursuivi s'il ne laisse pas un patient souffrir en attendant le retour de la garde extra-muros (qui peut prendre 30 minutes ou plus)? Un médecin qui serait reconnu apte à administrer une analgo-sédation à un patient gravement instable se verrait soudainement incapable de le faire dans des conditions stables et contrôlées à moins que l'anesthésiste local ne soit « occupé » à ce moment-là. Est-ce qu'on s'attend vraiment à ce qu'un anesthésiste de garde à domicile en pleine nuit revienne aux urgences pour donner une sédation courte pour la réduction d'une luxation de l'épaule ou est-ce quelque chose qu'il faut refaire dorénavant sans analgo-sédation (en demandant au patient de serrer les dents) ? Le modèle 'Safety First' né au sein même de l'anesthésie (BVAR-BSAR) ne permet pas de réaliser des procédures simultanément et sans surveillance, donc concrètement cela signifie un système de garde supplémentaire à financer...

Le travail aux urgences n'est pas facile mais une telle incertitude juridique et un paternalisme débridé rendent ce travail impossible dans pareilles conditions. Au fond, la principale victime le cas échéant serait le patient qui verrait la transition de soins centrés sur lui et sa condition ignorée au détriment d'une la médecine de la performance et de la rentabilité financière pour une catégorie de soignants cupides. Pareille transition viendrait à rendre de nouveau les urgences dépendantes de la bonne volonté d'autres disciplines et de leur souhait de venir y effectuer certaines performances selon leur propre agenda temporel et de rentabilité. La réalité montre que cela sera directement proportionnel au rendement de la prestation, à l'heure de la journée... Conséquence attendue : un burn-out encore plus important chez les urgentistes et infirmiers, une affluence encore plus importante aux urgences et, surtout, le défaut de fourniture de l'assistance nécessaire en cas d'urgence.

Monsieur le Ministre Vandenbroucke, nous vous demandons donc par la présente d'apporter une modification urgente à la loi qualité afin de corriger cette lacune existante et de reconnaître au médecin urgentiste sa compétence en matière d'analgo-sédation et de coma pharmacologique, actes qu'il qu'elle a pratiqués ces 10 dernières années en Belgique de manière sécuritaire et qualitative, conformément aux recommandations internationales en la matière... La personne la mieux placée pour prodiguer une analgo-sédation, ou induire un coma pharmacologique dans le contexte complexe des soins d'urgence s'avère, en définitive, être le médecin urgentiste. La formation continue et l'évaluation par les pairs sont ici sans

aucun doute cruciales, mais relèvent avant tout de la responsabilité des chefs de médecine d'urgence, des services universitaires, des maîtres de stage, des comités de programme et des académies existantes. Comme le prévoit la loi qualité, chaque médecin doit – sans discussion – également s'en porter garant par la tenue d'un portfolio, suite à des formations répétées et la simple effectuer des actions pour lesquelles il a acquis les compétences nécessaires.

Nous serions évidemment ravi de vous exposer ces divers éléments et de participer à une discussion constructive s'il cela vous agrée.

Pour le Belgian College of Emergency Physicians (BECEP),

Prof. Dr. Pascal Vanelderren, Président - pascal.vanelderren@gmail.com

Pour le Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine (BESEDIM),

Prof. dr. Alexandre Ghuyssen, Président- a.ghuyssen@chuliege.be

Pour les masters de stage universitaire,

Prof. Dr. Ives Hubloue, chef de département Urgences UZ Brussel - Ives.Hubloue@vub.be

Pour les médecins urgentistes en formation,

Dr Michiel Stiers, liaison Vlaamse Assistenten Urgentiegeneeskunde VLUG - michiel.stiers@kuleuven.be

Contact:

Prof. Dr. Patrick Van de Voorde, Vice-président / secrétaire BESEDIM

Patrick.vandevoorde@uzgent.be – 0488420841

Prof. Dr. Pascal Vanelderren, BECEP