Prise de risque au cours des évacuations aériennes médicalisées : influence de l'équipe médicale ? Enquête par questionnaire au sein de l'aéronautique d'État

E. Czerniak[a], A. Spriet[b], S. Duron[c], J-B. Pohl[a], P. Mailleuchet[d], M. Monteil[e]

a Direction centrale du Service de santé des armées, État-major opérationnel santé, Fort Neuf de Vincennes, Cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.
b SAMU 33, Hôpital Pellegrin, Place Amélie Raba-Léon – 33000 Bordeaux.
c Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA), Camp de Sainte Marthe, Antenne de Marseille, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 02.
d Centre médical des armées de Brest-Lorient, Antenne médicale de Landivisiau, CC 700 – 29240 Brest Cedex 09.
e HIA Sainte-Anne, Centre d'expertise médicale du personnel navigant (CEMPN), BP 600 – 83800 Toulon Cedex 09.

Article reçu le 21 mai 2013, accepté le 11 septembre 2013.

Résumé

L'utilisation d'un vecteur aérien pour transporter un patient, un blessé, est aujourd'hui usuelle. La quasi-banalisation de cette mission ne doit pas dissimuler le risque qui en découle. Le but de cette étude est d'identifier si la présence à bord d'une équipe médicale ou d'un patient, un blessé peut conduire les équipages de conduite à prendre plus de risques. Un auto-questionnaire anonyme a dans ce sens été adressé à presque 900 pilotes et copilotes de l'aéronautique étatique (ministère de la Défense et ministère de l'Intérieur). Outre l'intérêt du personnel navigant concerné, cette étude a mis en évidence une influence de l'équipe médicale sur les décisions de l'équipage dans la conduite de la mission.

Mots-clés : Équipe médicale. MEDEVAC. Pilote. Prise de risque.

Abstract
RISK-TAKING IN AEROMEDICAL EVACUATION: THE INFLUENCE OF THE MEDICAL TEAMS ? SURVEY BY QUESTIONNAIRE IN STATE AERONAUTICS.

The use of aircraft to transport patients is nowadays common. However, the fact that aero medical evacuation has become quite banal should not hide the particular risks of such missions. The main objective of this study is to find a link between the pilots' risk-taking and the presence aboard of a medical team and/or a patient. A self-administered questionnaire was sent to almost 900 pilots and co-pilots of the French State Aeronautics. In addition to the interest of pilots for this subject, this study showed the influence of the medical teams on the pilots' decision making.

Keywords: MEDEVAC.M team. Pilot. Risk-taking.

Introduction

Le transport médicalisé d'un patient à bord d'un vecteur aérien est de nos jours une pratique courante (1). Cette mission implique cependant la rencontre de deux univers à fortes spécificités techniques : le monde aéronautique et le monde médical.

Si de nombreux auteurs se sont intéressés aux patients transportés, aux bénéfices engendrés par l'utilisation de la troisième dimension ou aux limites sans cesse repoussées de la médicalisation « en plein vol », bien peu se sont penchés sur les conséquences aéronautiques en termes de risque (2-6).

Les auteurs ont souhaité, via le ressenti des équipages de conduite, estimer l'impact de la médicalisation d'un aéronef sur le risque global de la mission aérienne.

E. CZERNIAK, médecin en chef, praticien confirmé. A. SPRIET, docteur, assistante spécialiste. S. DURON, médecin principal, praticien confirmé. J.-B. POHL, médecin principal, praticien confirmé. Ph. MAILLEUCHET, médecin principal. M. MONTEIL, médecin en chef, praticien certifié.
Correspondance : Monsieur le médecin en chef E. CZERNIAK. Direction centrale du Service de santé des armées, État-major opérationnel santé, Fort Neuf de Vincennes, Cours des Maréchaux – 75614 Paris Cedex 12.
E-mail : erik.czerniak@intradef.gouv.fr

Méthode

La population étudiée

La population cible se compose des pilotes de l'aéronautique étatique, à l'exception de ceux des douanes. Le personnel navigant étudié du ministère de la Défense et du ministère de l'Intérieur appartient à l'armée de l'Air, à l'aviation légère de l'armée de Terre (ALAT), à la Marine nationale ainsi qu'à la Gendarmerie et à la Sécurité civile.

Cette population est donc représentée par les commandants de bord (pilotes ou navigateurs selon le type d'aéronef) et copilotes affectés en unité opérationnelle et qualifiés sur un aéronef pouvant effectuer des évacuations médicales (EVASAN/MEDEVAC), quel que soit l'environnement de celles-ci (territoire national, opérations extérieures,…) et quelle que soit l'origine de l'équipe médicale impliquée (militaire ou civile).

La typologie de l'enquête

Il s'agit d'une enquête multicentrique et transversale (validée par le comité d'éthique et des expérimentations cliniques de l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) Sainte-Anne de Toulon lors de la séance du 1er février 2011). Les auteurs ont voulu étudier le ressenti à un moment donné des pilotes d'État ayant effectué des missions médicalisées, le choix d'un questionnaire identique pour chaque entité a été retenu.

Le questionnaire

Le questionnaire se présente sous forme papier, format A4 recto verso. Quatre grandes parties y sont développées.

En introduction, un court paragraphe explique l'objectif et les modalités de l'étude (notamment le caractère anonyme et le fait qu'elle se base sur l'expérience aéronautique) :

– la première partie décrit la population cible et son expérience. Elle collecte les données permettant d'identifier les catégories de personnels : âge, sexe, armée d'appartenance, type d'aéronef piloté et expérience aéronautique (heures de vol totales, heures de vol en opérations extérieures, type de mission effectuée) ;

– la seconde partie collecte les informations relatives aux équipes médicales avec lesquelles les pilotes ont travaillé (équipe militaire ou civile, connue ou inconnue) ;

– dans la troisième partie, les auteurs ont voulu apprécier le degré de communication entre les navigants et les équipes médicales et ont alors orienté les questions sur les informations transmises sur le patient et la potentielle gravité de la situation ;

– enfin, la dernière partie est dédiée au ressenti sur une possible prise de risque lors des missions médicalisées. Une éventuelle modification du comportement en vol et/ou une violation des procédures a été recherchée.

Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a été adressé aux officiers de sécurité aérienne/sécurité des vols des principales unités d'hélicoptères et d'avions réalisant des missions médicalisées des ministères de la Défense et de l'Intérieur.

La durée du recueil des questionnaires a été limitée à une période temporelle de mars à mai 2011. Les questionnaires ont été envoyés simultanément aux participants.

Il n'existait aucune obligation de remplir ou de retourner le questionnaire. Celui-ci était anonyme et renvoyé par voie postale au moyen d'une enveloppe avec adresse pré-remplie (destinataire : antenne de « Hyères Aéro » du centre médical des armées de Toulon).

Au total, 892 questionnaires ont été distribués, selon la répartition suivante :

– 654 (71 %) ont été envoyés au ministère de la Défense dont 217 à l'ALAT, 301 à l'armée de l'Air et 136 à la Marine nationale ;

– 238 (29 %) au ministère de l'Intérieur dont 130 à la Gendarmerie et 108 à la Sécurité civile.

L'étude statistique

Les données ont été recueillies et saisies par la même personne en utilisant le logiciel EPI INFO® version 3.5.3 en date du 26/1/2011, sur un seul site.

Une première analyse descriptive de l'échantillon d'étude a été réalisée avec description de la population étudiée et étude du retour d'expérience sur le dialogue entre les pilotes et l'équipe médicale.

Par la suite, le but était de rechercher une éventuelle prise de risque par les pilotes lors de missions médicalisées et d'identifier comment les informations transmises ou l'absence de communication de la part des équipes médicales pouvaient ou non influencer les navigants.

L'analyse statistique a reposé sur le test statistique du *Chi 2* associé à une régression analytique univariée puis multivariée pour comparer les variables qualitatives au sein de l'échantillon d'étude.

L'analyse univariée recherche une association statistique brute entre deux critères. L'analyse multivariée est faite en tenant compte de l'interaction des critères les uns sur les autres. L'analyse multivariée est donc plus juste.

Résultats

Sur les 892 questionnaires distribués, 506 ont été complétés et retournés (dont seulement 3 inexploitables), soit un taux global de participation de 56 %.

Description sociodémographique de l'échantillon d'étude (tab. I)

Sur les 503 pilotes répondants, 97,4 % sont des hommes. La proportion la plus importante de femmes se trouve dans la Marine nationale (4,1 %). La moyenne d'âge est de 37 ans et 4 mois (minimum 23 ans et maximum 64 ans). La population issue du ministère de l'Intérieur est significativement plus âgée avec un âge moyen de 44 ans et 7 mois (minimum 30 ans et maximum 64 ans) (p=0,0001).

Dans l'échantillon, 80,7 % des sujets sont commandant de bord et 76,6 % sont qualifiés sur hélicoptère. L'armée

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon d'étude (N=503).

Age (en années)	
Moyenne	37,34 (écart type 8,224)
Sexe (%)*	
Homme	97,4
Femme	2,4
Fonction (%)*	
Commandant d'aéronef	80,7
Copilote	13,2
Qualification type d'aéronef (%)*	
Avion	13,8
Hélicoptère	76,6

* Résultats non égaux à 100 % car réponses manquantes

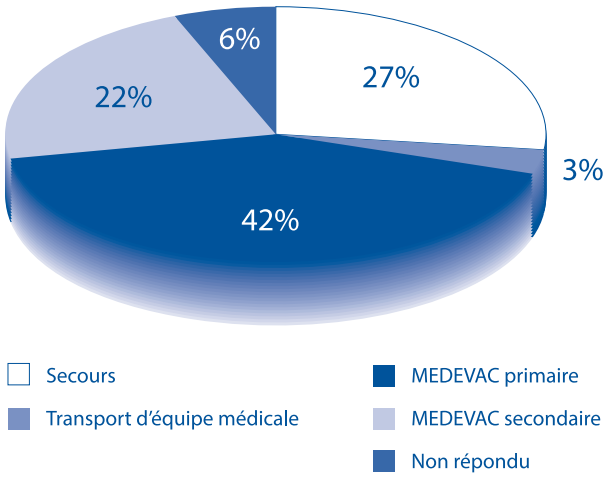


Figure 1. Répartition des missions médicalisées.

de l'Air comporte la part la plus importante de personnel navigant qualifié sur avion avec 47,2 % de pilotes d'avion contre 30,7 % qualifiés sur hélicoptère.

En moyenne, les pilotes totalisent 3 138 heures de vol avec une valeur minimale de 240 heures et un maximum à 11 150 heures. Les navigants cumulant le plus d'heures de vol sont ceux appartenant à la Sécurité civile avec 6 385 heures en moyenne.

Concernant l'expérience spécifique des personnels navigants militaires ou anciens militaires en zones de combat ou au-dessus de zones hostiles (OPEX), il apparaît que la moyenne d'heures de vol OPEX est de 311 heures avec une médiane à 200 heures au sein du ministère de la Défense. C'est l'ALAT qui réalise le plus de missions OPEX avec en moyenne 389 heures. Pour le ministère de l'Intérieur, la moyenne d'heures de vol OPEX est plus élevée avec 380 heures (médiane = 50 heures). Les pilotes de la Sécurité civile sont, au sein du ministère de l'Intérieur, ceux qui ont réalisé le plus d'heures de vol OPEX avec une moyenne à 532 heures.

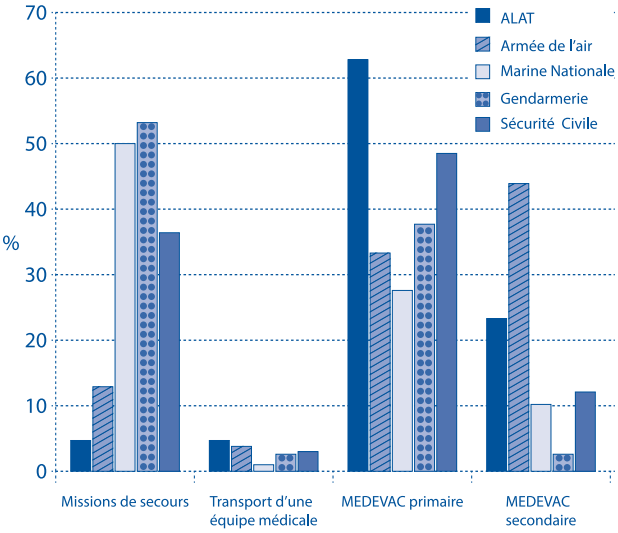


Figure 2. Répartition des missions médicalisées pour chaque entité.

Description des missions réalisées

Seuls 5,8 % des navigants n'ont jamais réalisé de missions aériennes avec une équipe médicale à bord. Ce sont les pilotes du ministère de l'Intérieur qui déclarent avoir réalisé le plus souvent ce type de missions (46,9 % d'entre eux). En effet, respectivement 20,8 % et 77,3 % du personnel navigant de la Gendarmerie et de la Sécurité civile considère avoir « très souvent » effectué des missions médicalisées.

La répartition globale selon les différents types de missions médicalisées réalisées par l'échantillon est représentée dans la figure 1 et la distribution en fonction des entités d'emploi est présentée par la figure 2.

Pour 36,8 % des navigants, l'équipe médicale embarquée est une équipe connue. Il s'agit soit d'une équipe militaire de la même unité, soit travaillant régulièrement avec l'équipage de l'aéronef et pour 30,8 % d'entre eux d'une équipe du SAMU connue. Près d'un personnel navigant sur trois (27,1 %) a été confronté à une équipe médicale militaire ou civile qu'il ne connaît pas.

Évaluation de la communication entre l'équipe médicale et les pilotes

Plus de 300 pilotes ont reçu une information concernant la victime (64,2 %). Cette proportion atteint 77,1 % pour les pilotes du ministère de l'intérieur (Sécurité civile et Gendarmerie) ; dans ces cas, 82,6 % des pilotes sont informés de la gravité des lésions ou des circonstances des blessures. Ce chiffre est significativement plus bas dans le ministère de la Défense (53,5 %) (p=0,0001).

Dans 55,7 % des cas, la transmission des informations se fait indistinctement soit à la demande du médecin, soit à celle du pilote. Plus d'un navigant sur quatre est en quête d'information. Ainsi 97 pilotes du ministère de la Défense (27 %) et 42 du ministère de l'Intérieur (29,2 %) sont à l'origine de la demande d'information.

Ces informations transmises sont dans la majorité des cas comprises, mais dans au moins 1 cas sur 10, les pilotes déclarent n'avoir pas ou peu compris les données reçues.

Globalement, les informations reçues sont considérées comme utiles pour la gestion et le déroulement de la mission par 64,4 % des pilotes. Toutefois, l'utilité des informations est appréciée de façon significativement différente selon l'entité d'appartenance (p=0,001). En effet, si 72,9 % des pilotes de l'ALAT et 71,2 % des pilotes de l'armée de l'Air jugent les données relatives au blessé comme tout à fait utiles, seuls 43,3 % pilotes de la Sécurité civile trouvent une utilité à ces informations.

Il est intéressant de noter que pour 59 % des personnels navigants interrogés, les informations relatives au patient ont influencé, à un moment donné, la gestion du vol. Mais il existe une divergence entre ministère de la Défense et ministère de l'Intérieur, avec une différence significative (p=0,0001). Ainsi pour la Défense, plus de deux pilotes sur trois (66,9 %) trouvent que ces informations ont influencé leur vol de façon importante. Au sein de la Sécurité civile, cette communication n'engendre que peu de modifications (44,8 %), voire aucune (23,9 %).

Évaluation de la prise de risque

Plus d'un quart des navigants interrogés (26,4 %) estime avoir été au moins une fois au-delà de leurs limites personnelles.

Près de la moitié des pilotes (47,3 %) déclare avoir pris au moins une fois une décision ayant conduit à une modification des procédures dans le but, entre autres, de gagner du temps. En tenant compte de l'entité d'appartenance des pilotes, il s'avère que plus de 40 % des pilotes de l'ALAT, de la Marine nationale, de la Gendarmerie et de la Sécurité civile déclarent s'être écartés des procédures au moins une fois, alors que moins de 40 % des pilotes de l'armée de l'Air étaient dans cette situation.

Plus de la moitié des pilotes (50,8 %) est influencée par ce qu'elle a pu voir (blessures, sang…), entendre (cris…) ou ressentir (sensation d'urgence vitale). A posteriori, quasiment 1 pilote sur 7 (13,4 %) regrette des décisions prises contraires à la sécurité des vols. Ceci est d'autant plus marqué au sein du ministère de l'Intérieur avec près d'un quart des pilotes (23,1 %).

D'une manière générale, 49,4 % des navigants ont le sentiment de prendre plus de risque au cours d'une mission médicalisée.

Analyse analytique

Régression analytique univariée

Il existe une association significative entre le fait d'avoir pris des risques et la réalisation de missions d'évacuations sanitaires primaires, avec un *p* à 0,003 et un Intervalle de confiance (IC) à 95 % compris entre 1,27 et 3,10 (Odds ratio à 1,98).

Le fait d'être commandant de bord expose de manière significative au ressenti de prise de risque avec un p à 0,033 et un intervalle de confiance compris entre 0,32 et 0,95 (Odds ratio à 0,55). Les pilotes d'hélicoptère prennent significativement 1,7 fois plus de risque que les pilotes d'avion (p=0,05, IC 95 % [1,00 ; 2,98]).

La fréquence des missions médicalisées est significativement associée à la prise de risque (p=0,018). En effet, les pilotes effectuant souvent ou très souvent ce type de missions prennent 3,5 fois plus de risque (IC à 95 %[1,09 ; 2,58]) que ceux effectuant rarement ces missions.

Les informations données par les équipes médicales sur la gravité des lésions et/ou les circonstances de survenue influencent de manière significative la prise de risque (p=0,047). Ainsi les pilotes qui ont connaissance de la gravité des lésions prennent 2,5 fois plus de risque (IC 95 % [1,01 ; 6,21]).

Régression logistique multivariée

Au terme de l'analyse multivariée, les variables significativement associées à la prise de risque sont la fréquence des missions médicalisées et le type de qualification du pilote.

Ainsi, toutes choses égales par ailleurs :

– les pilotes effectuant très souvent des missions médicalisées estiment prendre un risque 3,5 fois plus important que les autres (IC à 95 % [1,62 ; 7,65]) ;

– les pilotes d'hélicoptère estiment prendre 2 fois plus souvent de risque que les pilotes d'avion (IC à 95 % [1,04 ; 4,00]).

Le fait de connaître la gravité de l'état du patient ou les circonstances de survenue sont plutôt un facteur favorisant la prise de risque au cours de ces missions (OR=2,58 ; IC 95 % [0,82 ; 8,11]). Mais cette association n'est toutefois pas statistiquement significative (p=0,10).

Enfin, les missions de secours et les EVASAN primaires sont plutôt un facteur favorisant la prise de risque (OR=1,72 ; IC 95 % [0,88 ; 3,34]) sans association statistiquement significative (p=0,11).

Discussion

Le pourcentage de questionnaires exploitables renvoyés aux auteurs (56 %) tend à démontrer un réel intérêt des équipages de conduite pour le sujet.

L'analyse des critères sociodémographiques rapporte une différence significative entre la moyenne d'âge des pilotes du ministère de l'Intérieur et celle du ministère de la Défense. Les pilotes de la Sécurité civile sont en effet plus âgés que ceux du ministère de la Défense car ils ont souvent réalisé une première carrière dans le milieu militaire.

Dès la réalisation du questionnaire, il est apparu important de pouvoir distinguer les pilotes qualifiés sur avion et ceux qualifiés sur voilure tournante. Dans notre étude, près des trois quarts des pilotes sont qualifiés sur hélicoptère et seules l'armée de l'Air et la Marine nationale comptent des navigants qualifiés sur avion (respectivement 47,2 % et 8,6 %).

À l'analyse univariée et multivariée, conformément à nos attentes, nous trouvons un lien significatif entre la prise de risque et la qualification sur hélicoptère. Les pilotes d'hélicoptère prennent près de 2 fois plus de risque que les pilotes d'avion (p=0,037 et IC95 % [1,04 ; 4,00]). Nous proposons trois explications principales :

– la première est liée à l'emploi, car l'hélicoptère est le vecteur de choix pour la réalisation des missions médicalisées. Sa souplesse d'utilisation (mise en œuvre rapide, absence d'impératifs lourds en termes d'infrastructure, capacité de poser,…) correspond en effet pleinement aux besoins des équipes médicales pour le transport de patient sur des courtes ou moyennes distances, il est donc le vecteur le plus utilisé ;

– la deuxième explication réside plus dans l'ergonomie de l'hélicoptère. La configuration exiguë des hélicoptères entraîne *de facto* une proximité entre la zone cargo et le poste de pilotage. Les équipages de conduite sont donc plus en contact (vision des blessés, plaintes, pleurs,…) avec les patients transportés que ne le sont les pilotes sur avion. Cette proximité entraîne un transfert d'informations non contrôlées, l'intégration par le pilote de ce qu'il voit ou entend est peu maîtrisable et les conclusions qu'il en tire dans la gestion de sa mission peuvent l'inciter à prendre plus de risques ;

– la dernière raison de cette prise de risque plus forte chez les hélicoptéristes peut également s'expliquer par des régimes de vol moins contrôlés (zone de poser d'opportunité, vol basse altitude,…) que ceux des aéronefs à voilure fixe.

Il semble que l'échange d'informations entre pilotes et médicaux se fait de manière plutôt spontanée, les équipes médicales civiles (SAMU ou autre) étant les plus enclines au partage d'informations sur l'état clinique des patients transportés. Ainsi, plus des deux tiers des pilotes reçoivent une information sur l'état de leur patient, 60 % d'entre eux en connaissent la gravité et peuvent en estimer le degré d'urgence.

L'étude statistique a par ailleurs montré que la connaissance de la gravité de la situation ou des circonstances de survenue de l'accident est un facteur favorisant la prise de risque au cours de ces missions. Cette corrélation n'est cependant pas significative, probablement en raison d'un manque de puissance de l'échantillon d'étude.

La majorité des pilotes estime que ces informations sont comprises et utiles pour le déroulement et la gestion de leur mission. Seuls les pilotes de la Sécurité civile paraissent plus réticents et montrent moins d'intérêt à connaître la situation médicale à bord (près de 60 % d'entre eux).

Finalement, il apparaît une différence importante entre les pilotes du ministère de l'Intérieur et ceux des Armées. En effet, les pilotes de la Sécurité civile, plus âgés et plus expérimentés, sont possiblement enclins à prendre plus de risque lors de missions médicalisées sans pour autant se sentir influencés par les informations transmises par le corps médical. En comparaison, les pilotes militaires, souvent plus jeunes, se sentiraient plus marqués et influencés par l'équipe médicale, allant jusqu'à modifier leur comportement.

Il apparaît donc important que l'équipe médicale à bord puisse rester la plus neutre possible, adoptant une ligne de conduite identique à chaque mission, permettant à l'équipage technique de ne pas s'éloigner des procédures habituelles pour la réalisation de la mission médicalisée. La communication entre les personnes, principe de base d'un équipage synergique, doit être présente au sein de ces missions médicales. Cependant, transmettre des informations précises, en particulier sur la nature des lésions et surtout sur la gravité du patient semble n'apporter aucune utilité à la réalisation de la mission, voire au contraire peut engendrer une prise de risque supplémentaire de la part des équipages techniques.

Conclusion

Comme nous l'avons décrit précédemment, un vol avec une équipe médicale et un patient/blessé à bord rend la mission très particulière. Les pilotes interrogés ont répondu pour la quasi-majorité (49,5 %) qu'ils avaient l'impression de prendre plus de risque lors de missions médicalisées car ils leur accordent une attention différente.

Les relations et en particulier la communication entre le personnel médical et les pilotes n'ont été que peu étudiées jusqu'à maintenant.

Notre étude basée sur un questionnaire anonyme a cherché à évaluer le ressenti des pilotes lors de missions médicalisées. Les pilotes interrogés des trois armées, de la Sécurité civile et de la Gendarmerie y ont participé de manière satisfaisante avec un taux global de réponse de 56 % malgré un biais de sélection incontournable et discutable. Notre analyse de la communication entre navigants et médicaux a permis de mettre en évidence que :

– les équipes médicales influencent les décisions prises par les navigants. Ainsi lorsque les pilotes connaissent la gravité du patient, ils sont amenés à prendre plus de risque, il s'agit d'un facteur favorisant mais non statistiquement significatif (p=0,10) dans notre population d'étude ;

– les pilotes d'hélicoptère prennent significativement plus de risque que les pilotes d'avion ;

– les pilotes faisant « souvent ou très souvent » des EVASAN prennent 3,5 fois plus de risque que les pilotes en effectuant moins souvent.

Les missions aériennes médicalisées revêtent à la fois une dimension « technique » et une dimension renvoyant indubitablement aux « facteurs humains » (FH). Les équipes médicales effectuant ces vols reçoivent certes une formation aux particularités du milieu aéronautique (y compris FH), voire à celles du vecteur (avion ou hélicoptère), mais aucune formation FH prenant en compte l'interaction singulière entre le praticien embarqué et le responsable de la conduite de la mission n'est envisagée. Dans le cadre global de la sécurité des personnes, il est maintenant important d'y remédier.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bertrand C. Transports sanitaires héliportés. Pourquoi oui ? Médecine d'urgence 2000 : 57-68.
2. Hinkelbein J, Schwalbe M, Wetsch W, et Al. Application of the FIA score to German rescue helicopter accidents to predict fatalities in helicopter emergency medical systems (HEMS) crashes. The Journal of Emergency Medicine 24 Mai 2012: 1-6.
3. Winn W, Thomas F, Johnson K. Strategies to reduce US HEMS Accidents. AirRescue Magazine 2011; 1: 2.
4. Berns S, Hankins G, Zietlow S. Comparaison of air and ground transport of cardiac patient. Air medical Journal 2001; 20: 66.
5. Mc Vey J, Petrie D, Tallon J. Air versus ground transport of the major trauma patient: a natural experiment. Prehospital Emergency Care 2010; 14: 45-50.
6. Kerr WA, et al. Differences in mortality rates among trauma patients transported by helicopter and ambulance in Maryland. Prehospital and disaster medicine 1999; 14: 159-61.

VIENT DE PARAÎTRE



CAS CLINIQUES EN MÉDECINE D'URGENCE

Une étude de cas pratiques pour appréhender la médecine d'urgence dans les conditions réelles

JEAN-MARIE HAEGY – BERNARD BLETTERY

La collection « Cas cliniques » a pour principale ambition de combler le fossé entre l'enseignement théorique et la pratique de la médecine. Elle tente de recréer les conditions de la consultation en mettant le lecteur en situation, en le questionnant et en le guidant dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

Les 41 cas cliniques rapportés dans cet ouvrage visent à faire partager l'expérience des auteurs de plusieurs années d'urgence. Classés ni pathologique, ni par motif d'admission, les cas cliniques sont intentionnellement présentés selon une répartition aléatoire, qui se veut reproduire ce qui se passe aux urgences, lieu unique où se retrouvent toutes les situations allant du médical au social, englobant à la fois la traumatologie, la « bobologie », la psychiatrie et la précarité.

Devant cette diversité de situations – urgences vitales vraies, urgences potentielles et fonctionnelles, urgences ressenties par les patients -, la médecine d'urgence exige une cohérence entre la démarche spécifique de l'urgence, une démarche analogique fondée sur la connaissance des pathologies, et une démarche analytique qui vise à donner une signification aux symptômes, dans un contexte où le médecin doit gérer plusieurs situations en même temps et répondre à l'angoisse des patients et de son entourage.

Fruit d'une longue pratique, cet ouvrage a été conçu pour transmettre une expérience de terrain aux étudiants spécialisés en médecine d'urgence, mais aussi à tous les praticiens travaillant dans des services d'urgence.

Les auteurs : Jean-Marie Haegy, Bernard Blettery sont tous deux des médecins « urgentistes » ayant dirigé pendant longtemps un service de réanimation médicale, avant de prendre en charge les urgences.

ISBN : 978-2-257-20538-4 – Format : 19,5x26,5 cm – Pages : 80 – Prix : 25 € – ***Éditions Lavoisier, Médecine Sciences Publications****, 14 rue de Provigny – 94236 Cachan Cedex – Tél. : 01 47 40 67 63 – Service de presse Ana ARS : ana.ars@lavoisier.fr*