

Médecin d'urgence SSMUS

Programme de formation
complémentaire
du 1^{er} janvier 2006

Texte d'accompagnement au programme de médecin d'urgence SSMUS

Les patients menacés dans leur pronostic vital doivent être pris en charge sur le lieu même de la détresse par des médecins spécifiquement formés équipés et reliés à une centrale d'alarme en partenariat avec des ambulanciers diplômés CRS.¹ Le programme de formation complémentaire «Médecin d'urgence» SSMUS qui règle cette formation postgraduée a été mis à jour afin de tenir compte des changements intervenus dans ce domaine. Il est basé sur le programme publié pour la première fois en février 1984, puis le 4 mars 1993 par la Commission médicale de sauvetage de la Croix-Rouge suisse (CMS CRS) et l'Interassociation de sauvetage (IAS) et en particulier sur le programme de formation complémentaire approuvé le 29 octobre 1999 par le Comité central de la FMH.

Changements intervenus

Le domaine de la *médecine interne* a été intégré dans la formation postgraduée clinique à savoir une année obligatoire de façon à tenir compte de tout l'éventail des pathologies préhospitalières. La formation postgraduée est conçue sous forme d'objectifs d'apprentissage, ce qui augmente l'autonomie et la responsabilité des établissements de formation postgraduée et rend l'attestation provisoire inutile qui est donc supprimée. Dans ces établissements, les candidats au titre de spécialiste en médecine d'urgence peuvent déjà accomplir les 50 interventions de médecin d'urgence requises après 1 ½ an de formation postgraduée clinique (dont au moins un semestre en anesthésie). Les établissements de formation postgraduée doivent donc remplir des exigences bien plus élevées qu'autrefois.

La seconde manière d'effectuer le cursus, est, après avoir terminé la formation postgraduée clinique complète (au moins 3 ans et cours de médecine d'urgence, ACLS et PALS), d'accomplir les 50 interventions de médecin d'urgence requises auprès d'un service de médecin d'urgence reconnu. Ces interventions figurent sur le site internet de la SSMUS (www.sgnor.ch). Pour être reconnues comme formation postgraduée, les interventions de médecin d'urgence doivent être effectuées auprès de patients présentant un indice NACA ≥ 4 .

Le candidat ou la candidate qui désire être reconnu-e comme médecin d'urgence SSMUS en vertu du précédent programme de formation complémentaire peut le faire jusqu'au 31 décembre 2008. Les établissements de formation postgraduée actuellement reconnus le resteront jusqu'à cette date, disposant ainsi du temps nécessaire pour remplir les nouveaux critères de reconnaissance de la SSMUS et contribuer à une formation médicale préhospitalière postgraduée de haute qualité.

¹ Thèses de la FMH sur le domaine du sauvetage en Suisse. Bulletin des médecins suisses 1997;78(14):496-497.

Pour toutes informations complémentaires:

Secrétariat central SGNOR / SSMUS

c/o Gabriela Kaufmann

Birkenweg 61

3013 Berne

Tél. 031/332 41 11 / Fax 031 335 18 10

courriel: sekretariat@sgnor.ch

Programme de formation complémentaire de médecin d'urgence SSMUS

1. Généralités

1.1 Principes de base

Les malades ou les blessés menacés dans leur pronostic vital ou de lésion grave sont considérés comme patients en détresse. Ils nécessitent en plus des soins de base une aide et des soins médicaux spécifiques sur le lieu même de la détresse et durant le transport à l'hôpital ou durant un transport interhospitalier par des médecins spécialement formés, qualifiés dans leur domaine de compétence et intégrés dans un système de secours. Les mesures reconnues de médecine d'urgence et de médecine intensive telles que la réanimation et le maintien des fonctions vitales sont ainsi étendues au domaine préhospitalier. Elles sont mises en oeuvre par le médecin d'urgence:

- lors du sauvetage
- dans le cadre des premiers soins sur le lieu de la détresse
- lors du choix de l'hôpital d'accueil
- durant le transport du patient.

1.2 Objectifs de la formation postgraduée

Le médecin d'urgence maîtrise l'ensemble de la médecine d'urgence préhospitalière, en particulier la prise en charge de menace vitale et en cas de conditions difficiles.

2. Conditions à l'obtention de l'attestation de formation complémentaire (AFC)

- 2.1 Diplôme fédéral de médecin ou diplôme de médecine étranger reconnu
- 2.2 Affiliation à la FMH.

3. Durée, structure et contenu de la formation postgraduée

3.1 Contenu de la formation postgraduée

Les objectifs de formation sont énumérés dans l'annexe 1.

3.2 Activité clinique

Une activité clinique de 3 ans dans des établissements de formation reconnus par la FMH dans le domaine de spécialisation concerné dont au moins:

- 1 année d'anesthésiologie
- 1 année de médecine interne (ou, à défaut, de cardiologie ou de pneumologie) dans un hôpital qui admet des patients aigus en urgence, ou 1 année dans un centre interdisciplinaire des urgences dirigé par un responsable à plein temps
- 1 année de chirurgie ou dans une autre discipline clinique
- 3 mois d'activité à titre principal, ce qui correspond à 60 jours ouvrables, dans un service d'urgences d'un hôpital de catégorie A ou B (chirurgie ou médecine interne) ou dans un hôpital central (pédiatrie)
- 3 mois d'activité à titre principal, ce qui correspond à 60 jours ouvrables, en médecine intensive. Sont reconnues les unités de soins intensifs dont le responsable est détenteur du titre de spécialiste en médecine intensive.

La formation clinique peut être effectuée dans le cadre de la formation postgraduée pour un titre de spécialiste.

3.3 Cours

- Participation à un cours pour médecins d'urgence reconnu par la SSMUS.
- Participation aux cours suivants selon les recommandations de l'American Heart Association (AHA) avec réussite de l'examen:
 - Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS-AHA)
 - Pediatric Advanced Life Support (PALS-AHA).
 Des cours équivalents peuvent être reconnus par la SSMUS.

3.4 Accomplissement des interventions de médecin d'urgence

Pour obtenir l'attestation de formation complémentaire, le candidat doit effectuer sous supervision 50 interventions de médecin d'urgence auprès de patients présentant un indice NACA ≥ 4 (voir annexe 2). Il existe deux possibilités à cet effet:

- a) Le candidat peut commencer ces interventions dans un **établissement de formation postgraduée** reconnu par la SSMUS pour l'attestation de formation complémentaire de médecin d'urgence SSMUS (voir ch. 4.1) au plus tôt 1 ½ an après le début de son cursus clinique mais comprenant au moins 6 mois en anesthésiologie. Les cours requis doivent avoir été accomplis préalablement.
- b) Ces interventions peuvent également être effectuées auprès d'un **service de médecin d'urgence** reconnu par la SSMUS pour l'accomplissement des interventions requises (voir ch. 4.2), à la condition que l'ensemble du cursus clinique ait été achevé avant la première intervention et que les cours requis aient été accomplis.

4. Etablissements de formation postgraduée / Services de médecin d'urgence

La reconnaissance en tant qu'établissement de formation postgraduée pour l'obtention de l'attestation de formation complémentaire de médecin d'urgence SSMUS ou en tant que service de médecin d'urgence pour l'accomplissement des interventions requises est effectuée par la SSMUS sur la base d'une demande écrite du médecin responsable.

4.1 Reconnaissance d'un établissement de formation postgraduée

Un établissement de formation postgraduée reconnu par la SSMUS pour l'obtention du titre de médecin d'urgence SSMUS doit faire partie d'un hôpital disposant de services d'anesthésiologie, de médecine interne, de chirurgie et de médecine intensive et doit répondre aux conditions suivantes:

1. L'établissement de formation postgraduée propose un concept de formation structuré en médecine d'urgence répondant aux critères suivants: recours aux outils pédagogiques (détermination des objectifs et plan d'application), notification des compétences acquises, supervision, colloque de débriefing et rapport des incidents critiques (critical incidence reporting system CIRS).
2. L'établissement de formation dispose d'un service d'urgence fonctionnant 24h sur 24.
3. Le service d'urgence est dirigé par un médecin spécialiste détenteur d'une attestation de formation complémentaire de médecin d'urgence SSMUS.
4. Les services de secours et de médecin d'urgence doivent être intégrés à un réseau d'alarme fonctionnant 24h/24.
5. L'infrastructure d'un service de médecin d'urgence comprend un service de secours avec ambulance de secours, hélicoptère de sauvetage ou véhicule d'intervention du médecin d'urgence.
6. Lors des missions de sauvetage, le médecin d'urgence travaille en partenariat avec des ambulanciers diplômés CRS.
7. Effectuer au moins 250 interventions de médecin d'urgence NACA ≥ 4 par an.
8. Le médecin d'urgence doit garantir une disponibilité d'engagement immédiate et permanente.
9. Le service de médecin d'urgence collabore avec un ou plusieurs services de secours dirigés par un médecin d'urgence.

4.2 Reconnaissance d'un service de médecin d'urgence

1. Pour pouvoir valider les interventions requises un service de médecin d'urgence doit être reconnu par la SMUSS et satisfaire aux conditions suivantes: Etre dirigé, sur le plan médical, par un médecin spécialiste détenteur de l'attestation de formation complémentaire de médecin d'urgence SSMUS.
2. Etre intégré à un réseau d'alarme fonctionnant 24 h/24 conjointement avec un service de secours et de sauvetage.
3. Disposer d'une infrastructure comprenant un service de secours avec

- ambulance de secours, hélicoptère de sauvetage ou véhicule d'intervention du médecin d'urgence.
4. Pouvoir disposer d'ambulanciers diplômés CRS comme partenaires du médecin d'urgence lors des interventions.
 5. Effectuer au moins 250 interventions de médecin d'urgence NACA \geq 4 par an.
 6. Garantir que le médecin d'urgence est prêt à intervenir immédiatement et en tout temps.
 7. Offrir une formation postgraduée structurée d'au moins 8 heures par an.

5. Examens

5.1 Buts des examens

Le candidat doit démontrer qu'il possède les connaissances théoriques et pratiques indispensables à l'exercice de la médecine d'urgence et de sauvetage.

5.2 Déroulement des examens

Les examens ont lieu dans le cadre des cours selon les directives concernées

5.3 Taxes d'examen

Les taxes d'examen sont incluses dans les frais de cours.

6. Obtention de l'attestation de formation complémentaire

Lorsque le candidat a terminé le cursus clinique, les cours requis et les 50 interventions de médecin d'urgence, il remplit les conditions posées pour l'attestation de formation complémentaire. Pour obtenir cette attestation, le candidat doit déposer une demande auprès de la commission de la formation postgraduée et continue en faisant état de la formation postgraduée accomplie selon le carnet d'attestation de la SSMUS. L'AFC de médecin d'urgence SSMUS est valable 5 ans.

7. Formation continue (recertification)

La validité de l'AFC est liée à une formation continue périodique dûment attestée.

A l'expiration d'un délai de cinq ans, l'AFC est renouvelée pour une durée de cinq ans, à la condition que les critères du règlement de formation continue pour médecins d'urgence de la SSMUS aient été remplis durant cette période. Si tel n'est pas le cas, l'AFC perd sa validité au terme de l'année civile au cours de laquelle la certification devrait à nouveau avoir lieu.

8. Compétences

8.1 SSMUS

La SSMUS est compétente pour tout ce qui concerne l'exécution et l'application du programme de formation complémentaire. Elle met à disposition un secrétariat ainsi que l'infrastructure nécessaire et fixe les coûts d'établissement de l'AFC et pour la recertification.

8.2 Commission de la formation postgraduée et continue de la SSMUS

La Commission de la formation postgraduée et continue est nommée par le comité de la SSMUS. Elle est responsable de

1. la reconnaissance et la publication des dates de cours
2. l'évaluation des demandes et l'octroi des AFC
3. la reconnaissance des établissements de formation postgraduée en vue de l'obtention du titre de médecin d'urgence SSMUS
4. la reconnaissance des services de médecin d'urgence habilités à effectuer des interventions de médecin d'urgence
5. la recertification des AFC

L'instance de recours contre les décisions de la commission de formation postgraduée et continue est le comité de la SSMUS. Le délai de recours est de 30 jours.

8.3 Réglementation pour la formation postgraduée de la FMH (RFP)

Pour les questions non réglées par le présent programme, la Réglementation pour la formation postgraduée (RFP) de la FMH est subsidiairement applicable.

9. Dispositions transitoires

- 9.1** Les candidats qui souhaitent demander la reconnaissance du titre de médecin d'urgence conformément au [programme de formation complémentaire Médecin d'urgence SSMUS du 1^{er} janvier 2000](#) doivent présenter un dossier complet d'ici au 31 décembre 2008.
- 9.2** La reconnaissance actuelle des établissements de formation postgraduée et des services de médecin d'urgence disparaîtra au 31 décembre 2008. Les établissements de formation postgraduée ont la possibilité de demander, au cours de ces trois années, une nouvelle reconnaissance selon le point 4 du programme de formation complémentaire.

10. Entrée en vigueur

En application de l'art. 54 de la RFP, le Comité central de la FMH a adopté le présent programme le 13 octobre 2005 et l'a mis en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Anhang 1

Swiss Catalogue of Learning Objectives of Medical Training for Prehospital Emergency Medicine

Note: The listing is not intended to be comprehensive; it is intended to be representative of most frequent conditions with serious implications for patient

Learning objectives

assigned to symptoms	assigned to diseases, injuries and poisoning	for diagnostic skills	for interventional skills
<i>airway, respiration, chest,</i>	<i>airway and respiratory disorders</i>	<i>airway, respiration, chest</i>	<i>airway, respiration, chest</i>
wheezing respiration	epistaxis	inspection of nose, mouth and throat	aspiration from mouth and throat aspiration from mouth / throat of newborn infant
cough	dental trauma jaw and face emergencies, vital risks, obstruction of upper airways, hemorrhages	inspection during respiration	oxygen administration airway adjuncts
dyspnoea cyanosis	foreign body in mouth, hypopharynx, trachea blunt and sharp external laryngeal trauma (inclusive fractures of cartilage and structural displacements) tumour or abscess in pharynx, larynx and trachea	respiration rate auscultation of lungs	assisted ventilation noninvasive mechanical ventilation (rapid sequence) intubation and other upper airway managements mechanical ventilation, modes of ventilation pleural tap needle / tube thoracostomy Heimlich manœuvre anterior nasal tamponade metered dose inhalers, spacers and nebulizers (age adapted) neck stabilisation
apnoe hyperventilation	community-acquired pneumonia	hypoxia (cyanosis, low StO ₂) hypercarbia, hypocarbia	
painful respiration			
chest trauma hemoptysis	acute asthma exacerbation of COPD ARDS pulmonary embolism high altitude pulmonary edema toxic gas pneumopathia tension pneumothorax haemothorax rip fractures, flail chest aspiration, near drowning viral croup (pseudocroup, laryngitis subglottica) epiglottitis perinatal asphyxia newborn respiratory distress hypoxia of fetus		
<i>heart, blood pressure, pulse</i>	<i>heart and vascular disorders</i>	<i>heart, blood pressure, pulse</i>	<i>heart, blood pressure, pulse</i>
chest pain arrhythmias tachycardia bradycardia pulseless patient hypertensive crisis	complete atrio-ventricular heart block brady-arrhythmias ventricular tachycardia ventricular fibrillation atrial fibrillation (cardiogenic) shock	blood pressure auscultation of heart dehydration and overhydration ECG interpretation peripheral circulation non-invasive and invasive monitoring	venepuncture and intravenous cannulation electrocardiographic documentation advanced cardiac life support defibrillation cardiac pacing neonatal resuscitation advanced life support of child and adolescent (age adapted) fluid, volume, and blood replacement (shock treatment) advanced trauma life support (primary and secondary survey) intraosseous infusion stopping haemorrhage (direct pressure, pressure point, pressure bandage)
arterial hypotension	vaso-vagal reaction		
syncope	cardio-respiratory arrest		
vascular injuries blood loss	angina pectoris unstable angina myocardial infarction heart failure, left and right ventricular failure pacemaker / internal defibrillator dysfunction cardiac contusion pericardial tamponade open and closed traumatic vascular lesions aortic dissection abdominal aortic aneurysm		

Swiss Catalogue of Learning Objectives of Medical Training for Prehospital Emergency Medicine (2)

Note: The listing is not intended to be comprehensive; it is intended to be representative of most frequent conditions with serious implications for patient

Learning objectives

assigned to symptoms	assigned to diseases, injuries and poisoning	for diagnostic skills	for interventional skills
<i>brain, head, face, neck, peripheral nerves</i>	<i>brain and neurological disorders</i>	<i>brain and neurological examination</i>	<i>brain and peripheral nerves</i>
headache, sudden/new face injuries stiffness of neck painful neck swelling in the neck stridor loss of consciousness/change of consciousness/blackout/coma twitch, epileptic fit, convulsion abnormalities of pupils acute paralysis including hemiplegia, para- and tetraplegia	stupor and coma meningitis, encephalitis partial and generalised seizures status epilepticus febrile seizures subarachnoid hemorrhage cerebral infarction, stroke traumatic brain injury (epidural, subdural and intracerebral haematoma, contusions) high altitude cerebral edema traumatic spinal cord lesion fractures and dislocations of spine whiplash injury Guillain-Barré syndrome myasthenia gravis	assessment of consciousness by means of Glasgow coma scale inspection of pupils (size and shape) pupil, direct reaction to light and convergence assessment of aphasia autonomic signs (sweating) signs of meningeal irritation swallowing	patient's positioning
<i>psychiatric problems, poisoning</i>	<i>psychiatric disorders, addiction, poisonings</i>	<i>psychiatric evaluation</i>	<i>psychiatric intervention</i>
anxiety aggressive and violent behaviour towards others autoaggressive behaviour, risk of suicide poisoning confusion uncooperative or non-compliant patient with serious illness	panic disorder and agoraphobia acute psychosis delirium alcohol-related disorders opioid-related disorders sedative-, hypnotic-, anxiolytic-related disorders carbon monoxide poisoning heroin overdose antidepressants overdose	evaluation of decision-making capacity in cognitively impaired person estimation of aggression and suicidality	communication cool down strategies
<i>abdomen</i>	<i>abdominal disorders</i>	<i>abdomen</i>	<i>abdomen</i>
pain, colic nausea, vomiting hematemesis diarrhea rectal or vaginal bleeding contractions (imminent labor)	liver injury spleen rupture gastrointestinal haemorrhage toxic esophagitis (acid, alkali) peritonitis pancreatitis cholangitis incarcerated hernias mechanical ileus acute renal failure nephrolithiasis pelvic fracture torsion of testicle eclampsia postpartum haemorrhage	inspection auscultation (bowel sounds, bruits) eliciting abdominal tenderness and rebound tenderness pelvis including muscles: motility, pain APGAR-Score	nasogastric tube delivery (positioning, cord clamping)
<i>extremities</i>	<i>injuries of extremities</i>	<i>extremities</i>	<i>extremities</i>
pain absence of mobility absence of sensibility positioning abnormalities of extremities	luxations fractures of extremities traumatic amputation	examination of motor and sensitive system palpation of arterial pulses	care of external injuries (wounds, bleeding, burns, distorsion, dislocation, fractures, traumatic amputation) stabilisation of fracture (without plaster) shoulder reposition symptomatic treatment of pain

Swiss Catalogue of Learning Objectives of Medical Training for Prehospital Emergency Medicine (3)

Note: The listing is not intended to be comprehensive; it is intended to be representative of most frequent conditions with serious implications for patients

Learning objectives

assigned to symptoms	assigned to diseases, injuries and poisoning	for diagnostic skills	for interventional skills
skin manifestations	disorders of skin, soft tissues, muscles		
acute swelling and changing colour of limbs	hot/cold injury		cold pack
acute pain in limbs	electrical trauma		
anaphylaxis and other allergic reactions	compartment syndrome		
burns	toxic contact dermatitis		
	angio-oedema		
	gas gangrene		
others	others	others	others
high fever, hyperthermia	meningococcaemia	hyperglycaemia/diabetes mellitus	cold protection
hypothermia	SIRS / sepsis	hypoglycaemia	involuntary treatment and restraint
	diabetes mellitus	unexpected, sudden death of unknown aetiology and non-natural death	ethics in life-threatening situations
	decompressive syndrome		

Swiss Catalogue of Learning Objectives of Medical Training for Prehospital Emergency Medicine (4)

Note: The listing is not intended to be comprehensive; it is intended to be representative of most frequent conditions with serious implications for patients

Learning objectives

for pharmacological skills		for skills in prehospital emergency medicine
<p>analgesics</p> <p>opiates (morphine, pethidine, tramadol, codeine) paracetamol aspirin</p> <p>antiasthmatics</p> <p>inhaled beta-2 agonists inhaled corticosteroids</p> <p>anticoagulants, fibrinolytics, haemostatics</p> <p>streptokinase, tissue-plasminogen-activator</p> <p>antidotes</p> <p>atropine</p> <p>naloxone flumazenil magnesium sulfate</p> <p>obidoxim</p> <p>sodium bicarbonate glucagon activated charcoal</p> <p>antiepileptics</p> <p>phenytoin</p> <p>carbamazepin</p> <p>cardiovascular drugs</p> <p>amiodaron Ca-antagonists beta-blockers isosorbid-dinitrate adrenalin dopamin dobutamin noradrenalin nitroglycerin</p> <p>disinfectants</p> <p>chlorhexidin 70% aethanol</p> <p>diuretics</p> <p>loop-diuretics (furosemide)</p> <p>hormones and metabolic drugs</p> <p>corticosteroids (cortisone, prednisone) insulin</p> <p>infusions</p> <p>crystalloids and colloids glucose solutions lactated Ringer's solution NaCl solutions</p>	<p>neuroleptics</p> <p>butyrophenones</p> <p>sedatives and anti-anxiety drugs</p> <p>benzodiazepines pentothal</p> <p>propofol ketamine</p> <p>etomidate</p> <p>muscle relaxation</p> <p>succinylcholin non-depolarizing muscle relaxants</p>	<p>human and material resources</p> <p>skills of paramedics and other persons in a emergency medical team prehospital diagnostic material prehospital interventional material</p> <p>human interactions on scene</p> <p>role of leader on scene and delegated responsibilities to paramedics principles of triage communication with the police (patient identification, event reconstruction, protection of scene) communication with the fire brigade or other rescue teams (estimation of dangers, rescue actions) communication with medical dispatch centre medical documentation of mission collaboration in situation with different emergency medical teams briefing and debriefing</p> <p>environment</p> <p>environmental assessment (assessment of environment including risk factors for fall) special environmental conditions: avalanches, landslide, earthquake, floods, fire, high mountains, water, silo take off the helmet</p> <p>transport</p> <p>local algorithm for arrival in target hospitals in time (tactic timeliness (golden hour))</p> <p>management of interhospital transfer of life-threatening patients transport means, their benefits and their limitations referral to specialized psychiatric care involuntary admission concise transmission of cases at hospital arrival organ transportation transport of amputated extremities</p> <p>disaster</p> <p>management of mass disaster medical risks in disasters management of epidemiological disaster due to infections prevention of epidemiological disaster due to infections management of cold injuries in disaster situations management of wounds in disaster situations management of splints in disaster situations management of psychiatric and psychological aspects in disaster situations management of mass intoxications management of chemical and biological accident management of nuclear accident management of traffic mass disaster (road,rail, air)</p>

Annexe 2

National Advisory Committee for Aeronautics (NACA) – Score

Sources: Tryba M, Brüggemann H, Echtermeyer V: *Klassifizierung von Erkrankungen und Verletzungen in Notarztrettungssystemen*. Notfallmedizin 1980; 6:725-27
Madler C, Jauch KW, Werdan K: *Das NAW Buch - Praktische Notfallmedizin*, 2. Auflage München 1998, p137
Weiss M, Bernoulli L, Zollinger A: *Der NACA-Score*. Anaesthesist 2001; 50:150-4

Degré de gravité	Résumé	Critères
0	Indemne	Aucune blessure ou maladie
1	Trouble minime	Blessures et maladies bénignes, ne nécessitant pas un traitement médical d'urgence.
2	Prise en charge ambulatoire	Blessures et maladies qui, bien que nécessitant un complément d'investigation ou de traitement, ne requièrent pas d'hospitalisation.
3	Traitement hospitalier	Blessures et maladies nécessitant généralement une investigation et un traitement hospitalier, mais sans risque vital immédiat.
4	Risque vital potentiel	Blessures et maladies sans risque vital immédiat mais dont l'évolution peut potentiellement présenter un risque vital à court terme.
5	Risque vital immédiat	Blessures et maladies présentant un risque vital immédiat, qui sans traitement d'urgence, évoluerait probablement vers le décès; transport en étant prêt à une réanimation.
6	Réanimation	Blessures et maladies nécessitant une hospitalisation après la restauration des fonctions vitales ou une réanimation effectuée avec succès.
7	Décès	Décès avec ou sans tentative de réanimation, sur le site ou durant le transport.