



Lu POUR VOUS

ÉPIDÉMIOLOGIE ET CRISE DES SUBPRIMES

Il a été démontré, en Californie, que les maisons délaissées par leurs propriétaires insolvables avaient été responsables d'une augmentation de 276% des cas d'infection par virus West Nile, à cause des moustiques Culex qui ont trouvé là un formidable et tranquille gîte de reproduction larvaire.

IRRATIONNEL

Une enquête menée auprès des États-Uniens, et portant sur leurs angoisses de santé montre que les animaux y tiennent une bonne part. 13% des personnes interrogées craignent une morsure de serpent, 4% les attaques de requins. Le diabète, qui tue 230 000 américains par an, ne représente une angoisse que pour 3% d'entre eux. Le fait qu'aucun américain ne soit décédé de morsure de requin en 2007 ne change rien à l'affaire.

En ligne pour VOUS



WWW.3SM-MAG.COM

Votre 3SM-Mag est désormais en ligne. Son site internet vous permet de télécharger les anciens numéros au format pdf. Un moyen sûr de vérifier qu'il ne vous manque aucun numéro et de compléter en quelques clics votre collection...

En outre, le site 3SM-Mag.com vous permet de vous abonner. Voir le texte en page 27 pour plus de renseignements.

Etre ou ne pas être ?

Méd. Col Jean-Claude DESLANDES - SDIS 30
Directeur de la publication

Edito

L'introduction est connue, facile, mille fois répétée, mais, pour moi, s'adapte parfaitement au 3SM. Avons-nous vraiment envie d'exister par nous même ? Dans une revue médicale, il est permis d'ajouter sommes-nous vraiment « burnés » ? La question mérite d'être posée nous concernant, car j'ai vraiment un doute. Si l'on se réfère aux dernières avancées concernant notre positionnement dans le schéma du secours à personne, elles sont entièrement dues à la volonté de la Fédération, c'est-à-dire, pour parler clair, de nos camarades « képis noirs ». Gré doit leur être rendu. Mais il est quand même curieux que nous ne soyons pas capables d'exister ou simplement être reconnus sans eux. Un (à l'époque tout jeune) confrère de l'Hôpital Saint Antoine, sur son seul enthousiasme a rassemblé, fédéré, des centaines de confrères et fait reconnaître la spécialité d'urgentiste. Ils ont désormais leur place à la table des négociations ministérielles.

Citons encore le syndicat SAMU de France. Combien étaient-ils, et quels moyens avaient-ils il y a seulement 15 ans, alors que le 3SM existait depuis des décennies ? Ils ont retroussé leurs manches, se sont organisés, et, là encore, occupent désormais une place « politique » méritée.

Nous sommes près de 10 000, c'est-à-dire plus nombreux que tous les autres confrères de l'urgence réunis. Nos médecins-chefs sont les conseillers directs des Préfets. Nous couvrons en réseau tout le territoire national. Malgré cela nous ne savons exister par nous



même, et sommes obligés de demander à nos camarades SP de nous défendre, et de nous trouver une place sur l'échiquier des urgences. Ils l'ont fait et nous devons les en remercier, mais c'est tout de même un peu pitié qu'aucun de nous ne sache nous représenter directement dans les instances ministérielles.

Je ne suis pas allé à Rennes, tout simplement, car cela m'aurait peiné de voir mes confrères hospitaliers constater que nous n'existions que par délégation interposée.

Depuis trente ans j'entends mes collègues MSP se plaindre de leur hiérarchie, depuis trente ans je constate effectivement mille contraintes imposées au quotidien, mais sans grande réaction (je dois être un des tout rares médecins-chefs à

avoir démissionné de mes fonctions).

Force est de constater, aussi, qu'à la DSC la part médicale pourtant majeure sur le plan opérationnel ne mérite même pas une sous Direction dédiée.

Faut-il s'étonner que d'aucun hospitalier ai pu affirmer à Rennes que les DSA n'existaient que grâce à eux sans que ce propos n'entraîne la moindre protestation de la part de ceux qui cultivent la discrétion et le silence, voire la résignation ? Au secours ! Où est mon psy ? Il m'est urgent d'entamer un processus de résilience.



Humeurs

Vous avez dit « disparité » ?

Méd. Cdt Eric TORRES - SDIS 13 - Rédacteur en chef

L'arrêté du 12 février 2007 précise les missions et les modalités d'intervention du médecin correspondant Samu. Celui-ci « assure, sur régulation, en permanence, sur une zone préalablement identifiée [...], la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation ». Les zones en question correspondent aux lieux dans lesquels le Smur « ne peut pas intervenir dans un délai adapté à l'urgence ». Ainsi, point n'est besoin d'être un fin stratège en matière d'organisation des secours pour constater qu'il existe une troublante similitude entre les missions des médecins sapeurs-pompiers et celles des médecins correspondant Samu.

Là où la similitude cesse, c'est lorsqu'il est question de rémunération. Alors que personne n'aurait l'idée indécente d'exiger d'un omnipraticien qu'il assume la charge de travail et les responsabilités inhérentes à la fonction de médecin correspondant Samu pour une somme dérisoire, on demande sans vergogne au médecin sapeur-pompier, d'assurer une mission du même type pour une somme (j'allais dire un pourboire) inférieure à 27 euros de l'heure. Dans ces conditions pas étonnant que les confrères commencent à se faire rares...

Entretien avec le Préfet Alain Perret Directeur de la Sécurité Civile

Médecin Colonel Jean-Claude DESLANDES - Directeur de la Publication

Evolution de l'organisation des secours, place du 3SM dans cette organisation, adaptation de la formation aux missions, émergence de nouveaux risques, les sujets ne manquaient pas, et le Préfet Alain Perret, Directeur de la Sécurité Civile, tenait à les aborder dans un entretien très libre de ton, et destiné aux médecins, pharmaciens, infirmiers et vétérinaires sapeurs-pompier.

3SM-Mag : *Monsieur le Directeur, vous êtes un homme de terrain, parfaitement au fait des problèmes, et particulièrement attaché à la qualité du secours. Quels objectifs souhaitez-vous fixer au 3SM ?*

Préfet Alain Perret : Après avoir, effectivement, occupé des fonctions de terrain, je retrouve l'administration centrale, ce qui me permet de faire le pont entre une expérience immédiate, parfois lourde, avec la gestion de situations complexes et fragiles, et des responsabilités qui ont besoin de l'éclairage du vécu. Et, là, faites-moi confiance pour prendre des décisions au plus proche des réalités. Ce que je souhaite aujourd'hui, c'est une évolution positive à travers notre référentiel. Un prochain arrêté interministériel devrait stabiliser complètement le modèle relationnel. Il faut cependant garder les yeux grands ouverts. Le comité de suivi que nous allons mettre en place devrait permettre de régler un certain nombre de situations. En matière de secours à personne, la réflexion doit être globale. La place, mais vraiment la place complète, du 3SM, dans le dispositif de secours de notre pays, doit être affirmée. Je souhaite que l'année 2009 soit une année de profonde réflexion avec l'ensemble des représentants du monde sapeur-pompier pour que nous puissions développer à la fois un bilan réel du 3SM et nous fixer des orientations stratégiques. Aujourd'hui le 3SM est un dispositif indispensable de l'action de sécurité dans notre pays. Il s'agit, certes, d'intervenir en urgence auprès des personnes en difficulté, mais vous savez aussi que le contexte international constitue désormais un facteur de risques face aux

quels il faut se préparer. Et là je souhaite que le 3SM soit au premier plan. Nous avons un risque majeur sur le NRBC. Il est important pour moi que le 3SM soit doté de moyens et soit reconnu. Le problème n'est plus simplement d'en affirmer l'existence, mais de l'inscrire dans le corps social.

Le deuxième point de cette réflexion stratégique que je souhaite voir se développer en 2009, c'est la présence des médecins sapeurs-pompier dans le monde rural. Là aussi nous avons un très gros effort à faire, en lien parfait avec les collectivités territoriales. Je souhaite que nous puissions mettre sur la table les mille et une petites difficultés qui aujourd'hui font que

nous avons une certaine fragilité en bien des points du territoire. Il nous appartient à travers cet état des lieux, ce bilan, ce diagnostic, d'en tirer des conséquences. Je saurai donner tout l'appui juridique et réglementaire nécessaire à ce nouvel élan qu'il faut donner au 3SM. Ce service doit avoir toute sa place dans la chaîne du secours. Ceci me paraît essentiel. Je dirais même que cela va de soi. C'est une

Je suis très sensibilisé à la réponse médicale de proximité

évidence méthodologique et il nous appartient à la fois de réaffirmer ce principe et de l'organiser sur le terrain.

3SM-Mag : *Le secours de proximité répond à des impératifs médicaux d'efficacité et à des impératifs, disons éthiques, d'égalité des chances en tous points du territoire.*

A.P. : Il est évident que lorsque l'on superpose la carte d'implantation des SMUR et la carte de présence des médecins sapeurs-pompier ruraux, la complémentarité est



Des médecins ruraux indispensables à la cohérence du secours. © 3sm-mag.



évidente. Ces médecins sapeurs-pompier doivent savoir répondre en première ligne. Issu d'un village isolé de Haute-Savoie, je suis très sensibilisé à cette réponse de proximité. Il s'agit, et en liaison avec l'assemblée des départements de France, de bien préciser ces conditions d'intervention. Le médecin sapeur-pompier rural a une mission essentielle. Cette mission, il nous appartient d'en créer le cadre, à la fois juridique, et de reconnaissance. Le médecin libéral qui s'engage chez les sapeurs-pompier pour répondre aux besoins du secours médical d'urgence, doit être reconnu. Ses conditions d'exercice doivent être à la fois intéressantes pour lui et pour les autorités responsables.

3SM-Mag : *La désertification médicale de certaines zones rurales est une réalité. Elle peut ne pas être inéluctable si l'on confie à nos jeunes confrères en voie d'installation des tâches gratifiantes, le secours en est une. Il faudrait aussi que la société les aide, au travers d'un engagement qui, pourquoi pas, serait financier.*

A.P. : C'est un grand défi pour l'avenir. Nous ne pouvons plus accepter aujourd'hui que des pans entiers du territoire ne soient pas couverts, sur le plan des urgences



Photo : - Joachim BERTRAND / Sécurité civile.

nouveaux risques qui nous menacent. Vous l'avez dit. Mais on ne peut être performant face à une situation exceptionnelle, si, au quotidien, on n'intervient pas régulièrement.

A.P. : Il est certain que nous ne saurions concevoir ce que j'appellerai des positions de monopole non concurrentiel. Face à un problème majeur, c'est un travail harmonieux sur le terrain qui doit se développer entre les médecins sapeurs-pompiers et les médecins hospitaliers. J'y veillerai personnellement. C'est sur le terrain que l'on se met à l'épreuve. Au-delà du geste professionnel, l'approche psychologique est souvent importante. Ceci ne s'acquiert que par l'expérience. Pour les interventions à l'étranger, et cela vient d'être le cas pour la Thaïlande et l'Inde, c'est à des médecins sapeurs-pompiers que nous avons fait appel. Ils déploient dans ces missions une éner-

médicales, de façon réaliste et efficace. Un certain nombre d'hypothèses de travail ont été évoquées. Vous savez bien que l'administration centrale ne peut, seule, s'engager sur ce sujet. Cela se fera avec les élus territoriaux. Nous souhaitons un travail collectif, en toute connaissance de cause. Mais nous voulons que l'engagement soit fort et à la dimension de l'enjeu. Pour les aspects techniques, statutaires, financiers, il nous appartient d'en trouver les solutions. Je souhaite là mettre en évidence un travail solidaire entre les élus et l'Etat.

Les médecins sapeurs-pompiers peuvent compter sur moi

les. Il ne s'agit pas de bureaucratiser le modèle relationnel entre les uns et les autres, mais au contraire, d'apporter de la souplesse et beaucoup d'enthousiasme. En tout état de cause, je serai très attentif à ce que les nouvelles règles de fonctionnement soient appliquées avec chaleur humaine et bon esprit.

3SM-Mag : Notre pays a besoin de médecins et intervenants de santé performants et efficaces face aux



Une réponse graduée efficace.

Le NRBC : un risque à ne pas négliger. © UIISC7 - Stéphanie Peltier.



3SM-Mag : Monsieur le Directeur, les membres du 3SM attendent toujours un véritable cadre de fonction cohérent qui leur permette de travailler en harmonie avec leurs confrères hospitaliers.

A.P. : Il est certain que le référentiel nous apporte un certain nombre de pistes, mais les situations peuvent varier d'un département à l'autre. Je puis vous assurer que madame le Ministre veillera à ce que les Préfets, dans chacun des départements, prennent en compte les spécificités loca-

lie et un professionnalisme hors du commun. Il faut que cela se développe, à la fois sur les théâtres extérieurs où nous aurons de plus en plus besoin de médecins sapeurs-pompiers, mais aussi sur le territoire national dans le cadre de cette codification nouvelle que nous avons fixée avec les SAMU. Je ne demande rien d'autre que son application stricte dans le respect des uns et des autres. C'est à cela que je suis attaché.

3SM-Mag : A rigueur d'engagement doit correspondre une même rigueur de formation.

A.P. : Nous avons commencé à développer des dispositifs d'uniformisation des pratiques professionnelles. Nous bénéficions, avec l'Ecole Nationale d'Aix, de nouvelles structures d'enseignement ouvertes sur l'Université et les Instituts. Une nouvelle modalité de la formation est en train de se développer, de façon tout à fait intéressante. Je veillerai, cependant, à ce que cela ne parte pas dans tous les sens. Nous avons un corps de doctrine qui nous est propre. Nous devons l'affirmer et le renforcer. Je suis ouvert à toutes les hypothèses de travail, mais je ne veux pas de querelles de chapelle ou de prétention dominatrice d'un système par rapport à un autre.

3SM-Mag : Les membres du Service de Santé seront heureux de vous accueillir lors des 11^{èmes} Journées du 3SM à Limoges, organisées par le docteur Daniel Mathé et son équipe. Mais, en attendant, avez-vous un message à leur adresser ?

A.P. : Ils peuvent compter sur moi dans la mise en œuvre du secours à personne tel qu'arrêté en juin dernier. Ils peuvent compter sur moi pour veiller avec équité à ce que dans la pratique de terrain les difficultés que nous pouvons rencontrer avec nos amis du SAMU soient lissées. Je saurais porter la contradiction s'il le faut, parce que j'entends défendre le 3SM dans sa mission, qui est essentielle pour notre pays. Les médecins sapeurs-pompiers peuvent compter sur moi, mais qu'ils sachent, qu'en retour, je suis particulièrement exigeant. ■

CYANOKIT[®] 2,5 g

HYDROXOCOBALAMINE

Traitement préférentiel⁽¹⁾ des intoxications par les cyanures

Traitement antidotique des
intoxications aiguës par :

- L'acide cyanhydrique et ses dérivés,
- Les produits induisant la formation de cyanure à la suite :
 - d'exposition aux fumées d'incendie,
 - d'ingestion
 - d'inhalation ou de projection,
 - de l'administration de nitroprussiate de sodium



STORM - 06/2007

(1) Fiche n°4, "Acide cyanhydrique et dérivés cyanés", fiche piratox de prise en charge thérapeutique. AFSSAPS, Juillet 2003.

CYANOKIT[®] 2,5 g, lyophilisat pour usage parentéral (IV). FORMES et PRÉSENTATIONS : Lyophilisat pour usage parentéral (IV) : 2 flacons de lyophilisat [présentés avec 2 flacons de 100 ml de solution pour perfusion de chlorure de sodium à 0,9 % BBraun (AMM 360 488.5) + 1 système de perfusion Intrafix Air de BBraun (CE 0123) + 2 dispositifs de transfert Transsofix de BBraun permettant le transfert du solvant dans le flacon de lyophilisat + 1 cathéter court Introcan Safety de BBraun (CE 0123)]. COMPOSITION : Lyophilisat : Hydroxocobalamine (DCI) 2,5 g p flacon. Solution : Chlorure de sodium 900 mg p flacon. INDICATIONS : Traitement antidotique des intoxications aiguës par : l'acide cyanhydrique et ses dérivés, les produits induisant la formation de cyanure, à la suite : d'exposition aux fumées d'incendie, d'ingestion, d'inhalation ou de projection, de l'administration de nitroprussiate de sodium. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION* : Posologie : *Adulte* : La dose initiale est de 5 g d'hydroxocobalamine (soit environ 70 mg/kg). *Enfant* : La dose initiale est de 70 mg/kg. Ces doses peuvent être répétées une fois selon la gravité de l'état clinique. Mode d'administration : Voie intraveineuse stricte. La dose initiale sera administrée par perfusion intraveineuse rapide (25 à 30 min) de la solution d'hydroxocobalamine reconstituée et sera utilisée en urgence sur les lieux mêmes de l'accident. La dose supplémentaire requise selon la gravité du tableau clinique sera perfusée par voie intraveineuse plus lente, de l'ordre de 30 minutes à 2 heures. Modalités de manipulation : A l'aide du nécessaire de transfert, introduire 100 ml de solution injectable stérile et apyrogène de chlorure de sodium à 0,9 % (m/v), dans un flacon de lyophilisat. Agiter énergiquement. CONTRE-INDICATIONS : L'hypersensibilité connue à la vitamine B12 est une contre-indication de principe qui doit être discutée en regard du risque vital de l'intoxication. MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI* : Utiliser le plus rapidement possible à dose suffisante et sans attendre les résultats du dosage du cyanure. Ne se substitue pas à l'oxygénothérapie. INTERACTIONS* : Pas d'interaction avec la plupart des antidotes ni avec les autres traitements des intoxications. Ne pas injecter par la même perfusion la solution d'hydroxocobalamine et une solution de thiosulfate. L'hydroxocobalamine peut interférer avec certains dosages de laboratoires. GROSSESSE et ALLAITEMENT* : Les femmes enceintes ayant été traitées par Cyanokit devront faire l'objet d'une surveillance accrue durant leur grossesse. EFFETS INDÉSIRABLES* : Coloration réversible rosée des téguments et des muqueuses et coloration rouge foncé des urines. PHARMACODYNAMIE* : Antidote des intoxications par les cyanures minéraux ou organiques. CONDITIONS DE CONSERVATION : A conserver à une température inférieure à 25 °C et à l'abri de la lumière. La solution reconstituée se conserve 4 heures à une température inférieure à 25 °C. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS : AMM 341 117.5 (1996 rév 26.09.05). Collect. Merck Lipha Santé - 37, rue Saint-Romain - 69008 LYON. Tél. : 04 72 78 25 25. Pharmacovigilance : Tél. : 04 72 78 25 00 (ligne directe). Site web : www.mercksante.fr. E-mail : infoqualit@merck.fr. * Pour plus d'informations, se référer au dictionnaire Vidal - MLC 02/06/2006.

Merck Produits d'Urgence

MERCK
SERONO

VAE, RATD comment ça marche ?

Jean-Jacques KOWALSKI
Médecin Conseiller de la Direction de la Sécurité Civile

Une commission de VAE et RATD se réunit le 16 décembre à la DSC, une note a été adressée à l'ensemble des SDIS en vue de sa préparation. A cette occasion le dispositif est actualisé et mis en conformité avec les textes en vigueur ce qui a pu provoquer surprise et même incompréhension.

Cette commission rassemble toujours des représentants du SSSM (médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers volontaires et professionnels), des ministères concernés (DSC, Enseignement supérieur, Santé), de l'ENSOSP, de la commission administrative paritaire et des employeurs (DGCL et SDIS).

La validation se situe en fait à deux niveaux :

- la reconnaissance de titres attestations et diplômes ou RATD,
- la validation des acquis de l'expérience ou VAE.

La RATD tout d'abord à travers un exemple simple :

Un médecin volontaire est titulaire de la capacité de médecine d'urgence et a exercé récemment en SMUR ou dans une autre structure d'urgence. Il remplit le livret

n°1 dans lequel il expose son cursus et son expérience en y joignant une copie de son diplôme, comme il le faisait dans le dispositif précédent. La commission après examen du dossier lui attribue le module urgence de la FIA de médecin de sapeur pompier et le dispense donc de formation. C'est donc bien son diplôme qui est reconnu comme correspondant à cette formation.

La VAE à travers un autre exemple :

Un pharmacien a occupé pendant quelques années un poste en PUI hospitalière mais ne détient aucun diplôme attestant de cette qualification. Dans le livret 1 il explique son cursus, sa formation, la



nature des responsabilités qu'il a occupé et joint ses diplômes. La commission au vu de ce livret juge de la recevabilité de la demande et demande à ce candidat de remplir le livret 2 qui détaille l'expérience. Eventuellement une mise en situation professionnelle peut être demandée avant décision. Après examen du livret 2 et éventuellement entretien avec l'intéressé la commission lui attribue le module PUI de la formation.

La validation décidée par la commission peut n'être que partielle.

Ainsi, un candidat peut se voir attribuer le module secourisme et devoir suivre la formation correspondant au module de sécurité civile.

Ce dispositif paraît compliqué, mais il n'est que la stricte application des textes

en vigueur.

Son objectif est d'éviter des formations longues, multiples et coûteuses en argent et en temps tout en contrôlant mieux les compétences des candidats, car le jury attribue non pas une équivalence de diplôme, mais bien le diplôme pour lequel le candidat concourt. La période de mise en place va sans doute demander un peu de travail et de compréhension, aussi bien de la part des candidats que du jury...

Lu pour VOUS

HISTOIRE D'EAUX

Les eaux en bouteille, censées - comme chacun sait - assurer une sécurité alimentaire maximale, contiennent en moyenne aux Etats-Unis 35 ppm de trihalométhane, substance réputée cancérigène à ce taux.

CURIEUX ET TRISTE

Une touriste âgée de 22 ans, sans antécédents particuliers, passe ses vacances au Pérou. Marchant pieds nus, elle ressent une vive douleur plantaire et constate qu'elle vient de marcher accidentellement sur des chenilles. Dans les heures qui suivent, un hématome local s'installe, il s'étend rapidement. Rapatriée au Canada (son pays d'origine), elle décèdera dans un tableau clinique de CIVD.

LA PEAU DU TAMBOUR

Dans la banlieue de Londres, un artisan âgé de 35 ans fabrique des tambours à partir de peaux importées d'Afrique. Il présente un brutal syndrome de détresse respiratoire. Il décèdera 48 heures après le début des symptômes après avoir été transporté en service de réanimation. Le diagnostic retenu sera celui d'anthrax pulmonaire contacté à partir de spores de *B. anthracis* inhalées en manipulant les peaux.

Evolution ou révolution ?



Médecin-Colonel Jean-Yves BASSETTI - Vice-Président de la FNSPF

Le référentiel sur le secours à personnes, remis aux Ministres de l'Intérieur et de la Santé le 25 juin 2008 et présenté ensuite en Conseil des ministres, doit devenir pour certains un outil pour la reconnaissance des missions des différents acteurs des secours, et pour d'autres un support pour pérenniser l'équilibre acquis au prix de nombreux mois de travail et de négociation acharnées.

Une étude précise du fonctionnement opérationnel de nombreux départements témoigne cependant de la nécessité de mettre à plat ce dossier, d'avoir une vision claire de l'environnement, mais surtout de lutter contre certains dysfonctionnements parfois constatés dans l'exécution des missions de secours à personnes.



Deux éléments majeurs émergent du texte : la reconnaissance et le respect de certains maillons de la chaîne des secours. Ces projets sont à l'évidence essentiels, tant ces sujets polluent périodiquement le déroulement des interventions.

Mais ce texte constitue aussi un challenge pour les sapeurs-pompiers en général et le Service de Santé et de Secours Médical en particulier qui doit s'engager à faire vivre le référentiel au quotidien en acceptant d'adapter leurs formations et surtout d'être évalués au même titre que leurs partenaires.

Les axes de progrès constituent un élément essentiel pour faire que demain il n'existe qu'une seule médecine d'urgence, que la formation aux mêmes pathologies soit équivalente et que la responsabilité ne tienne pas compte de la couleur de l'uniforme, mais s'appuie sur la compétence opérationnelle. Le savoir livresque demeurant un support scientifique. Il est indispensable de faire cohabiter les différents acteurs du terrain, mais surtout de motiver les médecins sapeurs-pompiers qui parfois, pour des raisons qui leur sont étrangères, ont abandonné le pied de l'arbre. Par leur présence, ils empêcheront toute rupture dans la chaîne de survie.

MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES EN EUROPE

Les résultats du programme « Anamort » (analyse de la mortalité par traumatisme dans l'Union européenne) dont les résultats sont publiés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) font notamment apparaître que :

- Le suicide apparaît comme la première cause de mortalité par traumatisme en Europe. Viennent ensuite les accidents de la route et les chutes. Avec plus de 56.000 décès en 2005, le suicide représenterait à lui seul un quart des décès par traumatisme. On retrouve des disparités très importantes selon les pays (de 2,9 suicides pour 100.000 habitants à Chypre vs 37/100.000 en Lituanie). Ce fléau est particulièrement décrit dans les pays d'Europe de l'Est. La France présente une incidence élevée (15,9 suicides pour 100.000 habitants) en comparaison, par exemple, au Royaume-Uni (6,4/100.000) ou des pays du bassin méditerranéen (Espagne, Grèce, Italie, Malte) qui ont tous des taux de mortalité inférieurs à 7/100.000. Des considérations socio-culturelles ou religieuses pourraient cependant être à l'origine d'une sous-déclaration des suicides.

- Pour les homicides, avec un total de 4 700 décès en 2005, le risque varie de 0,2 pour 100 000 habitants par an à Malte, à 10 pour la Lettonie.

- Pour les suicides, les noyades, les empoisonnements et les accidents de transport; les hommes sont trois fois plus concernés que les femmes. Quant aux personnes âgées, elles constituent plus de 30% des victimes de suicides, étouffements et chutes (60% pour les décès par suffocation intentionnelle).

La principale des recommandation édictée par le programme « Anamort » insiste néanmoins sur la nécessité d'homogénéiser les statistiques de mortalité par traumatismes pour mieux évaluer leur impact sanitaire.

Source : INVS



Médecin SP d'Europe

Köln : un médecin Sapeur-Pompier au cœur de l'urgence

Dr Jean-Claude DESLANDES - SDIS 30



Martin zur Nieden est médecin anesthésiste et médecin Sapeur-Pompier professionnel à Cologne, en Allemagne. Je lui ai rendu visite, curieux de connaître le travail des collègues d'Outre-Rhin.

C'est un grand gaillard dynamique de 40 ans à la poignée de main franche qui m'accueille en rentrant de sa deuxième intervention de la matinée. Nous sommes à la caserne centrale de Cologne (1,5 million d'habitants) et il est 9h du matin...

de la médecine. C'était un orgueil mal placé. La médecine du travail est une vraie spécialité, et, en Allemagne, les SP sont vus une fois par an par un vrai médecin du travail. A chacun son métier ! ». En plus des VRM, deux hélicoptères sont médicalisés par les médecins SP. Ces confrères sont payés entre 50.000 et 55.000 € par mois

A CHACUN SON MÉTIER

Les Sapeurs-Pompiers sont répartis dans 20 casernes, possédant toutes au moins deux équipes de « paramedics ». Sept de ces casernes servent de base à un médecin faisant équipe avec un « paramedic » et disposant d'une VRM dotée d'un équipement de secours comprenant un échographe portable et une planche à masser. Presque tous les intervenants sont professionnels et ne se consacrent qu'aux interventions. A la question « Fais-tu la médecine du travail ? », Martin part d'un grand éclat de rire : « Lorsque j'ai réussi mon diplôme de spécialiste en urgence, je me croyais capable d'exercer toutes les facettes



© Photo SP Köln.



Des protocoles « planche à masser » sont en cours de validation. Chaque VRM est dotée d'un autopulse®.



Martin : un médecin heureux.

pour 280 à 300 h de travail. Les médecins, comme les SP assurent des gardes de 24h (parfois 48h pour les médecins). Le service médical des SP de Cologne est dirigé par le Professeur Lechleuthner, âgé de 49 ans, qui prend lui aussi des gardes. Les « paramedics » suivent chaque année une formation de recyclage d'une semaine. Ils n'ont pas de protocoles d'intervention, mais sont en contact radio ou téléphonique permanent avec un médecin SP.



Le central 112, un outil performant qui traite 1 million d'appel par an.

SUR LE TERRAIN

C'est en moyenne 14 interventions qui sont médicalisées chaque jour pour chacun des médecins de garde. Pour 1/3 des appels, il s'avère a posteriori que la présence du médecin n'était pas nécessaire. Soit parce que la centrale avait reçu une information erronée, soit parce que le « paramedic » sur place ne s'est pas senti assez sûr de lui et a préféré avoir un avis pertinent.

Pour 1/3 des appels, le déplacement consiste en une consultation médicale et la victime est transportée sous la responsabilité des « paramedics ».

Dans 1/3 des cas, l'intervention nécessite une médicalisation spécialisée, et là c'est un formidable potentiel scientifique et technique qui est mis en jeu.

Vu la proximité des unités de cardiologie, la thrombolyse, n'est pas utilisée et on lui préfère l'angioplastie facilitée. Une large part est donnée aux techniques d'analgésie (c'est heureux, vu la spécialité des intervenants). En cas d'intubation difficile, le Masque Laryngé a été choisi comme technique alternative.

RÉCEPTION DES APPELS

L'Europe de l'urgence déjà est en marche en Allemagne, puisqu'un seul numéro est à disposition de

la population : le 112. Tous les appels d'urgence sont réceptionnés dans un Central 112 dans lequel œuvrent 7 personnes. Ils sont, jusqu'à maintenant, totalement maîtres des décisions d'intervention, décidant du niveau de la réponse à apporter. En cas de doute, ils peuvent toujours appeler un médecin. Environ 1 million d'appels sont traités chaque année. Si les patients sont solvables ou assurés, ils reçoivent une note pour les interventions des SP.

La facturation d'une sortie d'ambulance est de 260 €, quelle que soit la durée de la sortie. Si le médecin est appelé, 260 € supplémentaires sont facturés. L'hélicoptère est facturé, lui, 40 € la minute.

RIEN N'EST FIGÉ

L'évaluation est une pratique quasi quotidienne et les remises en question des pratiques sont fréquentes. Tous les quatre ans, une réflexion en profondeur est conduite sur le fonctionnement du préhospitalier, de la réception des appels 112 au transport des victimes et aux thérapeutiques choisies. Très certainement, lors de la prochaine évaluation, il sera décidé de placer un médecin au centre de régulation 112 pour éviter certaines sorties non justifiées et pour être plus en contact avec la population

Les confrères rencontrés sont à la fois d'un grand professionnalisme, et d'une grande simplicité quant à leur pratique. Nous leur donnerons certainement la parole lors d'une de nos prochaines journées. ■

COLOGNE EN QUELQUES MOTS

Cologne est une ville de 1,5 million d'habitants, traversée par le Rhin.

Beaucoup moins industrielle et commerciale que la riche Düsseldorf située à 70 km, elle n'a pas non plus le passé politique de sa toute proche voisine Bonn. Elle se distingue par sa fameuse cathédrale, symbole de la ville, son Eau de Cologne, rendue célèbre par les troupes de Napoléon qui la diffusèrent dans toute l'Europe. C'est actuellement une ville universitaire et de services au cœur d'un réseau dense d'autoroutes.

Campagne INPES

INCENDIES DOMESTIQUES ET MONOXYDE DE CARBONE : Campagne d'information 2008

En 2007, les incendies domestiques ont fait 9 110 victimes, dont 295 décès sur le lieu même de l'incendie. En 2006, le monoxyde de carbone a été responsable de 4 892 intoxications, dont 90 décès. Inodore, incolore, indétectable par l'homme, le monoxyde de carbone est la première cause de mortalité par toxique en France. Le premier Baromètre Santé Environnement de l'INPES montre qu'un Français sur cinq (19,1%) ignore le caractère inodore du monoxyde de carbone et plus de trois quarts (77,5%) des personnes utilisant un chauffage à combustion ne sont pas conscients d'être équipés d'appareils présentant un risque d'émission de monoxyde de carbone.



C'est pourquoi les pouvoirs publics relancent la campagne nationale d'information et de sensibilisation aux risques d'incendies domestiques et d'intoxication au monoxyde de carbone. Cette campagne de sensibilisation conjointe a été lancée dès le mois d'octobre 2008 pour donner au grand public les conseils lui permettant de prévenir les risques d'intoxications au monoxyde de carbone et d'incendies domestiques. Elle s'appuie sur deux dépliants spécifiques à chacun des risques tirés à 900.000 exemplaires chacun et deux affichettes diffusées à 40.000 exemplaires chacune. Pour compléter le dispositif, 2 spots radio sur la prévention des intoxications au monoxyde de carbone seront diffusés sur les grands réseaux nationaux et indépendants.

SANTÉ 112

NOUVEAU

**Une nouvelle Garantie
qui rembourse à**

112%



**À PARTIR DE
20€
PAR MOIS****



**Frédéric
36 ans - SPP**

«J'ai choisi Santé 112 car c'est la seule garantie qui prend réellement en compte mes besoins en santé. En effet, entre les soins d'orthodontie de ma fille et les consultations chez le pédiatre de la petite dernière, Santé 112 s'adapte vraiment à toute ma famille.»

- 1 Des remboursements modulables**
Grâce à un forfait dépassement d'honoraires que vous utilisez selon vos besoins ; Consultations généralistes, Consultations spécialistes, Orthopédie, Hospitalisation et Radiologie : soyez certain de profiter d'une protection sociale optimale.
- 2 Des prestations innovantes**
Aide financière en cas d'hospitalisation, prise en charge des médicaments en vente libre, séances d'ostéopathie, consultations de podologie et de diététique ainsi que le détartage et la prise en charge de vaccins non remboursés.
- 3 Des cotisations calculées au plus juste**
Grâce à la prise en compte de votre consommation réelle* et de votre composition familiale.



05 62 13 20 20

www.mnsp.fr
contact@mnsp.fr

POUR UN DEVIS GRATUIT ET SANS ENGAGEMENT, RETOURNEZ LE COUPON REPONSE CI DESSOUS DANS UNE ENVELOPPE SANS L'AFFRANCHIR à
MUTUELLE NATIONALE DES SAPEURS POMPIERS – LIBRE REPONSE 35 556 – 31779 COLOMIERS CEDEX

NOM PRÉNOM
ADRESSE
CP : VILLE
TEL DATE DE NAISSANCE
EMAIL

J'accepte de recevoir des informations et des offres promotionnelles de la Mutuelle des Sapeurs Pompiers

Vous êtes : SPP SPV Agent Administratif et Technique Autre
Centre de Secours ou SDIS : Département :
Je souhaite un devis pour : moi, âge : et mon/ma conjoint(e), âge :
 mes enfants, âges : 1) 2) 3) 4) 5) +)

**CONSOMMATION DU TEMPS
PAR LES PROCÉDURES PRÉ-
HOSPITALIÈRES**

*Brendan Carr, et al.
EMS Pennsylvania.*

Prehosp. Emerg. Care. Sept. 2008

Les auteurs ont conduit leur travail de 2001 à 2005, et ont inclus 121 495 patients pris en charge en préhospitalier au sein d'un seul service d'ambulance. La moyenne de temps passé sur les lieux de l'intervention est de 15 minutes et 24 secondes (on apprécie la précision !). Si une voie veineuse est mise en place, il faut ajouter à ce temps 5 minutes et 4 secondes, et si une intubation trachéale est pratiquée, le temps additionnel supplémentaire sera de 2 minutes 36. Ils concluent donc, avec sagesse, que si les équipes sont compétentes, le temps « dépensé » pour des procédures vitales reste marginal au vu du bénéfice attendu.

NDLR : Le débat, entretenu avec délectation par certains, concernant le « vite et n'importe quoi » opposé au « je prends mon pied à multiplier les procédures » n'a vraiment pas de raison d'être. Seule la qualité de formation des intervenants (quels qu'ils soient) a un effet positif sur l'évolution des patients.

**UN COMITÉ DE PILOTAGE
POUR LES AVC**

Annoncé au mois d'octobre dernier par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de Vie associative, le comité de pilotage AVC (accidents vasculaires cérébraux) a été effectivement mis en place à la fin du mois de novembre.

Il aura pour mission de permettre une meilleure prise en charge des 150.000 personnes victimes chaque année d'AVC et d'accidents ischémiques transitoires (AIT).

Une prise en charge optimisée pourrait, en effet, permettre de réduire les séquelles qui touchent actuellement les trois quarts des victimes. Animé par Elizabeth Fery-Lemonnier, conseillère générale des Établissements de santé, ce comité de pilotage réunira un nombre important d'acteurs de la problématique « AVC ».



© Engueran Donteville.

Journées d'Informations Santé et Sécurité des Sapeurs-Pompiers

Audrey GENRE - Conseillère en prévention - La Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de France

Les Journées d'Informations Santé au Travail (JIST) changent de nom et deviennent les Journées d'Informations Santé et Sécurité des Sapeurs-Pompiers (JISSSP).

Comme chaque année depuis janvier 2005, les Journées d'Informations Santé et Sécurité des Sapeurs-Pompiers (JISSSP) se tiendront au Val de Grâce à Paris, le 29 Janvier 2009 de 9H00 à 17H30.

Ce rendez-vous incontournable des sapeurs-pompiers dans le monde de la santé et de la sécurité au sein des SDIS est organisé en partenariat entre l'Ecole Nationale Supérieure des Officiers des Sapeurs-Pompiers (ENSOSP), la Mutuelle Nationale des Sapeurs-Pompiers (MNSP) et l'Université Victor Segalen Bordeaux 2, sous la haute bienveillance de la Direction de la Sécurité Civile (DSC).

OBJECTIF

L'objectif de ce colloque est d'informer, d'échanger et de confronter les expériences, tout en favorisant la transversalité auprès d'autres acteurs ou institutions sensibilisées. Celui-ci constitue en effet, un moyen important d'échanges de connaissances entre les divers acteurs sur des thèmes majeurs comme : « le stress et les addictions », thème retenu pour cette année.

• **Le stress**

Actuellement il est reconnu que les activités quotidiennes des sapeurs-pompiers peuvent être considérées comme génératrices de stress et susceptibles de produire des troubles de la santé à court et à long terme. En réponse aux réactions de stress, il existe un certain nombre de méthodes de prévention qui permettent aux pompiers d'effectuer leur métier au maximum de leur efficacité et de leur possibilité.

• **Les addictions**

Alcool, tabac, cannabis et autres toxiques. Ces sujets sont souvent tabous dans le milieu Sapeur-Pompier. Cependant, certains SDIS se préoccupent de ce thème et ont développé une réflexion et des actions de prévention au sein de leur département.

**DÉROULEMENT
DE LA JOURNÉE**

Pour chacune de ces thématiques, seront abordés : l'état des lieux, le repérage et la politique de prévention.

Deux modes de présentation seront proposés : des communications orales d'environ 20 minutes, ainsi que des communications par poster.

**CONDITIONS ET MODALITÉS
D'INSCRIPTION :**

Les inscriptions se font à partir du bulletin à télécharger sur le site de l'ENSOSP : www.ensosp.fr. Les frais d'inscription au JISSSP s'élèvent à 40 € par personne. Ces frais comprennent la participation au colloque, les pauses café, le déjeuner et les actes du colloque.

Pour tout renseignement concernant les inscriptions, vous pouvez contacter :

Virginie Labarre
@ : virginie.labarre@ensosp.fr
Tél : 04 42 39 05 36

Pour tout renseignement concernant cette manifestation, n'hésitez pas à nous contacter :

@ : prevention@mnsfp.fr
Tél : 05 62 13 20 60





MICHEL VOEGELI EST NOMMÉ MÉDECIN CHEF DES HAUTES-PYRÉNÉES

C'est un jeune médecin-chef dynamique qui prend la tête médicale d'un département passionnant et diversifié. Haut lieu des exploits sportifs du Tour de France, ce département est aussi béni des Dieux, mais pas qu'avec Lourdes, car il est riche de paysages de montagne magnifiques. Titulaire d'un diplôme universitaire de Médecine et Secours en Montagne, Michel ne sera pas trop dépaysé. Ses dix années d'exercice libéral rural lui permettront aussi de bien comprendre cet exercice particulier qu'est la médecine SP dans un village, et de rester proche de ses confrères. Avec les nombreux diplômes spécialisés qu'il a obtenus, et après plus de dix ans de médecine professionnelle, il est bien aguerri pour affronter cette nouvelle responsabilité.

Michel : Beaucoup de plaisir.

Amitiés

Jean-Claude



ENSOSP

Mr Alain Pertusa vient d'être élu Président du Conseil d'Administration de l'ENSOSP. Maire, conseiller général, Président du Conseil d'Administration du SDIS de la Drôme, cet élu, bien au fait de l'administration territoriale, et de ses besoins en hommes de qualité, va veiller au devenir de l'École de Formation des Officiers Sapeurs Pompiers. ■



© E. Torres

Séminaire Urgences et Services de Santé

Marseille, 8 et 9 octobre 2008

La Rédaction

Ce séminaire de deux jours, organisé par l'association E112.fr, s'est tenu à Marseille dans le prestigieux hémicycle du conseil municipal. Il s'est organisé autour de conférences centrées sur des thèmes d'actualité, suivies chaque fois d'une table ronde.

L'originalité de ce séminaire résidait dans le fait qu'il n'était pas exclusivement tourné vers les intervenants médicaux mais qu'il proposait une approche résolument poli-disciplinaire du thème « Urgences et Services de Santé ». Pouvaient en effet s'y côtoyer professionnels de santé (pompiers SAMU/SMUR, ambulanciers privés), représentants des forces de l'ordre, élus locaux, représentants du gouvernement, compagnies d'assurance et d'assistance et industriels impliqués dans le domaine des nouvelles technologies...

E112.fr

« E112.fr » à l'origine de cette manifestation est une jeune association dont l'objectif est de fédérer les acteurs de la chaîne des secours autour d'une question centrale : « comment améliorer la qualité des services d'urgence et de santé ? ».



© E. Torres

La ville de Marseille, en la personne de son maire, apportait son soutien à la manifestation.

Ce séminaire organisé en partenariat avec la ville de Marseille et différents acteurs privés marque le coup d'envoi de son projet soutenu pas la mise en place de huit groupes de travail tournés vers la responsabilité juridique, les nouvelles technologies, la sécurité au travail, l'économie des secours, la gestion de crise, la communication et la logistique.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ

Le bien-fondé de cette démarche fédératrice est évident dans le contexte actuel où le « 112 », numéro d'urgence européen coexiste avec le « 15 » et le « 18 » pour la plus grande confusion des utilisateurs et où les interventions de secours associent de plus en plus souvent des intervenants appartenant à des services distincts. En outre, une mise au point s'imposait en ce qui concerne l'apport des nouvelles technologies dans le domaine du secours : géolocalisation, aide à la navigation, télécommunications mobiles...

DÉBATS ENRICHISSANTS

Les débats étaient organisés autour de 4 grands thèmes : état des lieux des urgences, sécurité au travail, évolution et attentes, comment faire progresser la gestion des secours. De nombreux intervenants se sont succédé à la tribune pour aborder ces questions sous des angles variés. Les tables rondes qui les prolongeaient ont été suivies avec beaucoup d'attention par tous les participants.

Puisse cette initiative, brillante et organisée de manière exemplaire, perdurer. Puisse t'elle aussi contribuer à améliorer l'efficacité des urgences et des services de santé pour le bien-être de l'ensemble de la population.

Pour notre part, rendez-vous est pris pour le séminaire 2009. ■

4^{ème} colloque des pharmaciens Sapeurs-Pompiers

La Rédaction

Le colloque des pharmaciens sapeurs-pompiers s'est tenu le 23 octobre dernier à l'Ordre des pharmaciens. Les différentes communications présentées ont permis de mieux appréhender la diversité des missions de ces membres du 3SM.

COUP DE FEU

Le « coup de feu » désigne l'explosion d'une bouteille d'oxygène médical. Cet incident relativement rare vient de se produire dernièrement à l'hôpital de Creil, mais aussi auparavant en 2007, au sein des SDIS des Alpes-Maritimes et de l'Ain. Il s'agissait de bouteilles d'oxygène de 5 litres munies de robinet à manodétenteur intégré. L'Afssaps a enregistré une dizaine d'accidents du même type depuis 2003. Les docteurs Roselyne Steve (pharmacien SDIS 06) et Eric Collado (pharmacien SDIS 01) ont expliqué comment ils avaient géré les incidents

Les conclusions du rapport d'expertise insistent sur le fait que le corps du robinet avec manodétenteur intégré et les pièces qui le composent sont exposés à des apports d'énergie très importants : il suffit en effet d'une particule, pour voir le tout s'embraser. Il peut exister bien d'autres causes liées à la conception, à la maintenance, au transport ou à l'utilisation des bouteilles. Le fournisseur concerné a d'ailleurs entrepris de changer progressivement tous les robinets détenteurs mis en cause. Cela devrait être fait à la fin de l'année. Il semble également que les coups de feu soient plus dramatiques lorsque les bouteilles sont utilisées en position couchée. Il est donc conseillé, de les ouvrir en position verticale avant de les coucher.

VACCINATION DE MASSE

Les pharmaciens sapeurs-pompiers participent aux missions de prévention. C'est ainsi qu'à la suite de la déclaration de plusieurs cas de méningite en 2007, la DGS (direction générale de la Santé) a recommandé la vaccination contre le méningocoque C (NeisvacO) en Haute-Vienne. La participation du



Le « coup de feu » est un accident rare aux conséquences parfois dramatiques

SDIS 87 a été requise pour vacciner l'ensemble des enfants d'âge scolaire (80 000 personnes), et notamment ceux des lycées professionnels. Les autres acteurs étaient les services de santé scolaire, la DDASS, les services de PMI, le Service de santé des armées, le service des vaccinations de la ville de Limoges et bien entendu les médecins de ville. Comme l'a expliqué le Dr Anne Soulat, pharmacien gérant de la PUI, il a fallu assurer l'approvisionnement en vaccins et petit matériel, sécuriser la chaîne du froid et collecter les DASRI (déchets de soins à risques infectieux)...

Le principe de chaîne de vaccination retenu a été celui qui prévaut en cas de déclenchement du plan Variole. Au total 3568 vaccinations ont été réalisées en totale autonomie par le SDIS.

PREVENTION

Les pharmaciens Sapeurs-Pompiers veillent également aux conditions sanitaires et de sécurité dans lesquelles sont effectuées les interventions de secours. Un exemple en a été donné par le Dr Laurence Blanc (SDIS 42) qui a suivi les équipes de Sapeurs-Pompiers lors d'opérations de destruction de nids de guêpes. L'étude du poste de travail et la prise en compte du risque toxico-

logique représenté par les pyréthrénoïdes de synthèse utilisés ont conduit à proposer une méthodologie opérationnelle prenant en compte tous les risques, associant notamment le port d'une combinaison de protection à une protection respiratoire adaptée (masque FFP3).

ANTIDOTE

Le Dr Alban Van Landeghem (pharmacien réserviste du Service de santé des Armées) a présenté une innovation mise au point par le Service de santé des Armées et ayant reçu le prix Gallien de la recherche pharmaceutique, Ineurope[®]. Il s'agit du seul antidote indiqué en traitement d'urgence sur le terrain des intoxications par les agents neurotoxiques organophosphorés* tels que sarin, soman, VX mais aussi de nombreux produits industriels. Ce produit est facile à administrer grâce à une présentation en auto-injecteur 3 en 1 (sulfate d'atropine, chlorhydrate d'avizafone et méthylsulfate de pralidoxime),

Cette journée, riche d'enseignements, a été conclue par le président Malhuret qui a tenu à féliciter les intervenants pour la qualité de leurs exposés et à remercier l'auditoire pour sa participation active à ce colloque.

En BREF

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE D'URGENCE À TOULOUSE

Du 7 au 9 octobre 2008, la Société Française de médecine d'urgence (SFMU) était reçue à Toulouse par le Docteur Jean-Louis DUCASSE, pour faire le point sur l'état actuel des connaissances concernant la question des « urgences toxicologiques ».

Au-delà des thèmes abordés, c'est une véritable méthode de travail qui a été développée. Cette méthode s'appuie sur des ateliers interactifs dans lesquels deux experts, aidés d'un rapporteur et de deux modérateurs établissent un rapport préalable documenté et actualisé.

Au cours des journées scientifiques, un libre échange professionnel permet une confrontation entre l'expérience clinique issue des intervenants de terrain et les données issues de la littérature scientifique.

Au total il s'agit bien de produire une stratégie actualisée de prise en charge des victimes.

Les thèmes abordés étaient les suivants : intoxications par psychotropes / par produits industriels et agricoles / circonstancielles / par les cardiotropes / volontaires et psychiatrie / chez l'enfant.

Ces sujets sont quotidiennement abordés dans le cadre de l'aide médicale urgente, par les personnels des SAMU des SMUR et des Services de Santé des SDIS.

La revue Urgence Pratique a permis que plusieurs d'entre nous participent à ces journées. La preuve est faite qu'avec une bonne pratique de terrain, les membres des services de santé des Sapeurs-Pompiers peuvent contribuer efficacement à de telles démarches scientifiques consensuelles.

Peut-être pourrions-nous envisager une démarche collégiale pour nous associer, à l'avenir, aux travaux de la SFMU.

Médecin-Lt Col Georges SIKSIK
Médecin-Chef SDIS 31

NDLR : Urgence Pratique a toujours milité en faveur d'un rapprochement d'intelligence.

Évitez d'être sous le choc !



Optez pour un VSAV à la Norme EN 1789 -10 g

**Les VSAV  répondent
d'ores et déjà à la norme EN 1789 avec 10g*,
future référence dans les appels d'offres.**



**Pour plus d'informations
02 51 64 64 64
www.gifa.fr**

A NOTER !

INFORMATION HAUT COMITÉ FRANÇAIS POUR LA DÉFENSE CIVILE

Dans son rapport à la commission des Lois du Sénat Mme Catherine Troendle a précisé que le budget de la mission sécurité civile pour 2009, en légère hausse (environ 972 millions d'euros, soit une hausse de 3%), prévoyait notamment l'accroissement de l'effort de l'Etat en faveur de l'équipement des services contre la menace NRBC et le début de la rénovation du système d'alerte conformément aux préconisations du Livre Blanc sur la défense et la sécurité nationale. La commission des Lois a donné un avis favorable à l'adoption des crédits de la mission sécurité civile pour 2009. ■

La BSPP est une unité militaire de sapeurs-pompiers de l'armée de terre appartenant à l'arme du Génie et rattachée à la région Ile-de-France. Placée pour emploi sous l'autorité du préfet de police de Paris, elle est commandée par un officier général (aujourd'hui le général Prieur). Le budget de la Brigade est de 300 millions d'euros environ. Son statut militaire constitue un avantage incontestable en termes de disponibilité opérationnelle des personnels. Le taux de disponibilité des sapeurs-pompiers de la capitale à mettre en parallèle avec l'intense activité opérationnelle, est très élevé par rapport à celui constaté dans les SDIS de taille comparable. 2 000 hommes sont prêts à partir en intervention en permanence. ■



CEGELEC, est une entreprise de la région de Toulouse spécialisée dans les shelters. De nombreuses armées se sont équipées, et ils envisagent de s'ouvrir au monde civil. Ils étaient présents à la manoeuvre de Canjuers. Nul doute qu'ils sauront trouver leur place. ■

Exercice européen NRBC Var 2008.

Henri JULIEN Médecin Général (2S) - Vice Président Société Française de Médecine de Catastrophe.

L'exercice européen N.R.B.C. Var 2008 organisé par la direction de la sécurité civile, a réuni plus de 600 acteurs et observateurs originaires d'une vingtaine de pays. La SFMC y a été invitée au titre d'observateur. Le déploiement et l'engagement de chaînes de décontamination lors de trois exercices biologique, radiologique et chimique ont testé l'interopérabilité des techniques et des matériels engagés. Des matériels nouveaux ont également été présentés.



Crédit photo : UISC7-Stéphanie Pellier.

La succession d'exercice B puis R puis C a souligné les grandes différences de dangers, de méthodes de protection et de décontamination de chacun de ces trois domaines. Le concept global N.R.B.C. peut contribuer à créer un amalgame susceptible d'amener une confusion entre des problèmes et des modes opérationnels



différents et donc un retard à une prise en charge qui peut se révéler inadéquate.

L'association de blessures (par explosion) aux risques B, C ou R a permis de tester la validité et les limites de la médicalisation de l'avant, de celle des PRV. Elle a mis en relief le para-

doxe du blessé-contaminé qui doit à la fois recevoir les soins les plus urgents qui permettent sa survie immédiate et la nécessité de le décontaminer. L'intérêt de la médicalisation précoce réside dans l'existence de délais de décontamination (alerte, déplacement, déploiement et mise en œuvre des chaînes) incompatibles avec la survie sans soins immédiats des blessés graves ou contaminés, par des toxiques de guerre notamment. Cependant, le médecin de



l'avant ne doit pas retarder la mise en sécurité des victimes qui sont en zone contaminée et contaminante, doit limiter sa contribution à la reconnaissance du produit et de ses effets cliniques afin de mieux conduire ramassage et protection des victimes (distribution de masques adéquates), les équipes médicales au PRV (médecins et infirmiers) doivent procéder au soins de sauvetage des victimes les plus graves (contrôle de la ventilation et des hémorragies, antalgie) sous protection.

Un essai de remplacement des fiches de catastrophe par un bracelet autorisant la lecture optique a montré sa capacité à réaliser une excellente traçabilité de la progression des victimes, mais n'a pas remplacé la fiche de catastrophe, notamment en amont du PMA, pour colliger évolution de l'état clinique et relevé des gestes de secours et soins.

L'activation de la chaîne de commandement a souligné l'intérêt de la complémentarité C.O.S.-D.S.M., la nécessité de disposer d'un PC international multilingue relais entre PC opérationnel et modules nationaux dotés d'officiers de liaison bilingues, la souplesse tactique du réseau ANTARES.

Le rapport et l'analyse complète de l'exercice sont disponibles dans la lettre de la SFMC et sur le site www.sfmc.eu, va être publié dans le prochain numéro d'Urgence Pratique.

Le caractère irremplaçable des exercices en vraie grandeur doit être, une fois de plus souligné.

La justification de la journée organisée par la SFMC le 27 mars 2009 avec l'aide du SDIS et du SAMU 57 à Thionville, consacrée à la décontamination de masse, s'en trouve renforcée. ■



UN CENTRE COMMUN DE RÉCEPTION DES APPELS

Les numéros d'alerte 15, 18 et 112 sont réunis dans un magnifique bâtiment, opérationnel depuis juillet 2007. Il est basé sur le site de l'hôpital Trousseau. Si le terrain appartient à l'hôpital, les locaux appartiennent au SDIS qui les loue au SAMU. Sauf événement exceptionnel il n'y a qu'un Sapeur-Pompier sur place.

Les opérateurs, pour le CODIS, sont des personnels administratifs. Ils sont associés dans la zone « front office » aux personnels du SAMU. Ils ont tous bénéficié d'une formation spécialisée, en interne, et réceptionnent tous les appels, indifféremment 15, 18, 112, et basculent vers le service concerné après des questions bien standardisées. Pour les interventions médicales, 4 questions ressortent : Exogène ou endogène. Domicile ou lieu public. Informatif ou non. Gravité de l'état de la victime concernée. Le SAMU bénéficie de deux médecins sur place, plus d'un médecin libéral tous les jours de 20h à minuit, et le samedi et dimanche dans la journée.

Les ambulanciers privés gèrent leurs appels dans une pièce adjacente.

La répartition des interventions est de l'ordre d'un peu plus de 50% pour le SAMU.

L'envoi des moyens privilégie la proximité, et s'appuie dans le domaine rural, en plus des quatre SMUR, sur des infirmiers et des médecins sapeurs pompiers. Les médecins SP ont reçu en dotation, en plus d'un sac d'urgence très complet, et pour leur véhicule personnel, un phare à éclat, un « trois tons » et un logo apposable sur le pare soleil. Les ISP se rendent, eux à la caserne pour récupérer un véhicule d'intervention.

Médecin du numéro

Lt Col. Patrick Dahlet. Médecin-Chef SDIS 37

La Rédaction 3SM-mag

Né en 1955, médecin depuis 1983, Patrick Dahlet a eu un parcours médical intéressant, puisque d'abord médecin libéral Il s'est engagé comme MSP volontaire par nécessité. Il a continué par goût, et a fini par en faire son métier après avoir passé le concours de médecin professionnel.

Si son département compte 350 SP professionnels, ils ne sont que trois membres du Service de Santé à être professionnels, le Médecin Chef, le Pharmacien, Denis Pilette, et l'infirmier, Christophe Duveaux. Le Médecin Chef adjoint, le Dr Paul Lecointe, est encore volontaire. Le service compte au total 53 médecins volontaires et 31 infirmiers, 2 pharmaciens et un vétérinaire. Ce personnel a réalisé 850 interventions d'urgence par an, au service des 570 000 habitants du département.

3SM-Mag : Quel est ton parcours professionnel ?

Patrick Dahlet : J'ai débuté ma carrière de médecin généraliste et de MSP à Royan en 1983, et l'ai poursuivie jusqu'en 2000. Avec mon associé, nous nous sommes engagés chez les SP, par goût pour la fonction, mais surtout parce qu'il n'existait pas sur place de SMUR, et qu'il fallait bien prendre en charge les détresses de la population. Nous avons pour cela suivi les formations d'urgence nécessaires et avons réussi, à tour de rôle, et nous deux seuls, à tenir une permanence effective. C'était passionnant, mais très prenant, avec une nuit sur deux et un week-end sur deux sur le pont. Attiré par le « métier » de MSP, j'ai intégré, en 2000, le service santé du Loir et Cher comme médecin Chef temps plein, puis après avoir passé le concours suis devenu médecin chef en Indre et Loire. Ce département, au centre de la France, à la fois urbain, et rural, industriel et agricole, offre une riche diversité opérationnelle, et je m'y sens très bien.

3SM-Mag : Comment s'organise le déclenchement de ces personnels opérationnels du 3SM ?



P. Dahlet : A partir du « front office » les cas nécessitant une médicalisation sont isolés. Le service de santé vient en appui d'un chef d'agrès qui risque d'être dans la difficulté face à certaines circonstances. Par exemple, accident avec incarcerated, accident impliquant VL et deux roues, qui est la première cause de mortalité traumatique dans le département, accident avec poids lourds, prise en charge d'un brûlé grave, etc. Nous avons déterminé une vingtaine de cas sinistres qui sont proposés à

l'opérateur CETRA pour faciliter sa prise de décision. C'est lui donc qui déclenche le « bip » du médecin et/ou de l'infirmier. Grâce au système « Dispotel », il sait en temps réel qui est disponible, ce qui permet vraiment de faire jouer la proximité.

3SM-Mag : Comment se passent tes relations avec le Médecin Directeur du SAMU ?

P. Dahlet : Même si avec Jean-Louis Gigot nous n'avons pas la même vision des choses concernant les interventions des MSP, nous préservons des relations très confraternelles. Il est de notre rôle à chacun de défendre nos structures.

Une bonne entente professionnelle entre Patrick Dahlet et Jean-Louis Gigot.



UNE IDÉE INNOVANTE

La société « Electroclass » a conçu une armoire électronique pour du matériel aéronautique qui doit être sécurisé. Elle est parfaitement adaptée au réapprovisionnement des VSAV. En effet, non seulement la distribution est sécurisée, mais elle peut se faire sans la présence d'un personnel dédié. Jour et nuit les VSAV, après avoir déposé leurs patients à l'hôpital Trousseau, passent dans un local, où il est possible de désinfecter l'ambulance, et qui abrite aussi l'armoire « Electroclass ». L'armoire ne s'ouvre qu'à condition de lui présenter un badge. Chaque fois qu'un matériel ou un médicament est utilisé, il est par voie informatique signalé au service pharmacie. La traçabilité est continue. Le coût est d'environ 20 000 Euros.





Intervention en binôme sur un AVP. © SDIS 37.

3SM-Mag : En dehors de ta vie de médecin-chef, que fais-tu ?

P. Dahlet : Ma famille reste le pôle d'intérêt principal, et mes trois filles sont une source de bonheur permanente. J'arrive à dégager quelques temps libres pour encadrer sur le plan médical des rallyes africains au Maroc, en Tunisie ou en Egypte. Cela m'aère vraiment tout en améliorant mon expérience professionnelle de médecin de l'urgence et de médecin devant faire face à des événements par-

fois imprévus nécessitant d'improviser pour fournir aux victimes la meilleure solution. Pour revenir à ma famille, mon épouse qui est infirmière s'est engagée comme ISP, et cette valorisation commune de nos activités est importante pour nous.

3SM-Mag : Avez-vous des réunions de Médecins Chefs de la Région Centre ?

P. Dahlet : Nous nous retrouvons environ deux fois par an. Nous sommes en train de mettre en place un protocole infirmier régional, qui va s'organiser autour d'une formation régionale. Dans cette attente, et pour les ISP de mon département, j'ai mis au point toute une série de protocoles : Arrêt cardio-circulatoire en asystolie, le choc anaphylactique, le coma hypoglycémique, sédation de la douleur, mise en œuvre d'une voie veineuse, brûlé, intoxication au CO. Pour leur validation, je me suis appuyé sur le médecin responsable de l'accueil des urgences, du CHU Trousseau à Tours.



Sac Medipack conçu par Patrick Dahlet.



Un Médecin Chef très impliqué.

3SM-Mag : Es-tu un médecin-chef heureux ?

P. Dahlet : Je réponds avec force « oui ! ». J'ai eu la chance de vivre

17 ans d'activité libérale pleine, et ce nouveau métier enrichit mon expérience professionnelle.



La partie Régulation SAMU.

LA RECHERCHE DE L'EXCELLENCE : NUMÉRISATION DES FICHES BILAN

Patrick a l'ambition de faire de son service une entité moderne et efficace. La nouvelle conception des fiches bilan en est un exemple.

Nous avons acquis récemment auprès de la Société Scriptal, des fiches numérisables « microtramées » avec le procédé Anoto®, utilisées avec un stylo électronique qui est doté d'un système de reconnaissance optique de caractères. Ce stylo, dès le retour au Centre de Secours est placé sur un support qui charge toutes les données et permet non seulement de garder en mémoire tous les détails des interventions, mais aussi de faire un travail statistique intéressant, à partir de fiches bilans archivées désormais en PDF, et qui jusqu'à présent étaient inexploitable.



Lu pour VOUS

LA MÉDECINE D'URGENCE

François Danet

L'auteur est psychiatre et médecin légiste. Il a pu à ce double titre se forger une expérience exceptionnelle de certains aspects de notre pratique médicale, avec ses aspects sombres, tristes déprimants, mais parfois gais et gratifiants. Son ouvrage, en sous titre résume sa pensée « vers de nouvelles formes de travail médical ». Et, c'est un fait que cette nouvelle race de médecins que sont les urgentistes a complètement bouleversé l'accueil hospitalier, allant jusqu'à en faire une entité à nulle autre pareille, microcosme résumant l'état de notre société. Ce nouveau métier est difficile, peu souvent reconnu, mais ceux qui s'y engagent le font avec une foi et un enthousiasme qui les brûle parfois. Ce livre, remarquablement bien écrit, va les aider à poursuivre leur tâche. Il devrait, aussi, inspirer nos gestionnaires de la santé, car il leur donne un éclairage sans tabou d'une part majeure de notre système de santé. ■



Broché, 190 pages
Editions ERES
www.editions-eres.com
Prix : 13€



Conférences préhospitalières de la BSPP

Leçon inaugurale

Mardi 21 octobre, dans le magnifique amphithéâtre Rouvillois, le Service Médical de la BSPP ouvrait le cycle de Conférences de Réanimation 2008-2009.

Venir dans ce lieu chargé d'histoire est toujours un plaisir et l'on ne peut s'empêcher de ressentir une certaine émotion à la pensée de tous ceux qui sont venu parler là de médecine de guerre et de médecine d'urgence.

Le Médecin Général Inspecteur J.E. Touze, Directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce a solennellement lancé la conférence. Le sujet est d'importance et d'actualité puisqu'il concernait le NRBC. Pour en parler, le pharmacien en Chef Denis Josse, du CRSSA, est venu d'abord faire part des avancées de la recherche, mais a surtout donné des recommandations de bon sens applicables par tous sur le terrain. Le Professeur Vincent Danel, du SAMU 38, fut comme à l'accoutumée brillant. Il a insisté sur l'esprit

critique que nous devons conserver lors du choix et de l'utilisation des valeurs repères dans le risque industriel. Le Professeur Revel, de Percy, évoqua en expert la prise en charge du syndrome d'irradiation, qui reste vraiment, en bout de chaîne, une affaire de spécialiste. Le Professeur Dominique Grandjean, notre vétérinaire national, a mêlé science et humour, ce qui est certainement la meilleure

façon de frapper les esprits sur les sujets graves. Il a rappelé que la biologie, au contraire du « NRC » ne sera jamais une science exacte et que la maladie répond toujours à l'équation : agent pathogène + porte d'entrée + individu réceptif. Le Colonel Philippe Giraud a terminé la conférence en présentant la remarquable Cellule Mobile d'Intervention Biologique (CMIB) de la BSPP, ou de la théorie au concept, et du concept à la pratique.

Prochains rendez-vous : le 16 décembre pour parler de la régulation médicale et le 13 janvier pour traiter de la morbi-mortalité foeto-maternelle en préhospitalier. ■



Suite de progiciels et services pour les S.S.M.



Nouvelles versions Web

Santé & Travail
MédiSAP
Médecine professionnelle et préventive

PharmSAP
Gestion de la P.U.I

OxySAP GemSAP
Gaz médicaux Biomédical



PharmSAP
mobile

A PROPOS

Concepteur de progiciels métiers



- Développement progiciels métiers
- Formation • Télé-Formation
- Contrat d'assistance
- Assistance • Télé-Assistance
- Club utilisateurs

A PROPOS - Mas des Cavaliers - 50, rue François Coli - 34135 MAUGUIO
Tél : 04 67 20 18 03 - Fax : 04 67 20 17 97 - www.apropos-fr.com/sssm

Les réponses et les solutions adaptées à vos exigences



ACLS 2009

L'« Advanced Cardiac Life Support » est une formation de soins spécialisés en réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Elle consiste en une (re)mise en mémoire de l'essentiel de ce qu'il faut savoir pour faire face à toutes les situations d'urgence en cardiologie. Elle se déroule en deux jours de stage !

ACLS base en 2009 :

Date : 4-5 et 6-7 mai

Lieu de formation : Ecole d'Application de Sécurité Civile Valabre à Gardanne (13).

PRIX ACLS BASE : 550 Euros

Ce prix comprend les documents de travail, le livre officiel du cours, 2 repas de midi et 4 pauses boissons.

Ce prix ne comprend pas : l'hébergement et les repas du soir.

Clôture des inscriptions :

Pour des raisons pédagogiques, les inscriptions sont limitées à 18 personnes par groupe.

Durée de la formation : 2 jours

8h30 à 18h (J1), 8h à 17h (J2).

Renseignements / inscriptions :

Urgence Pratique Formation

Marie-Laure VRIGNON

BP 26 - 34190 Ganges

Tél : 04.67.73.18.24

Fax : 04.67.73.86.36

formation@urgence-pratique.com

N° agrément : 91340366834

Demande de dossier

et programme détaillé sur :

www.3sm-mag.com



11^{èmes} Journées du 3SM



Service de Santé et de Secours Médical

Limoges du 18 au 20 septembre 2009

L'aventure continue et se concrétise de belle façon. Le Pr. Philippe Vignon, Président, et Fabien Trabold, secrétaire, ont géré de main de maître la première réunion du Comité Scientifique. Vous pouvez consulter ci-après l'avant programme, qui doit être encore affiné. Il devrait convenir au plus grand nombre, traitant de l'actualité des sujets qui concernent notre pratique. Nous continuerons à offrir une après-midi complète d'ateliers. Vous pouvez nous suggérer certains sujets à traiter plus particulièrement. Michel Weber reste aux manettes, avec l'efficacité qu'on lui connaît, pour faire de cet aspect pratique de nos Journées une réussite. Les communications libres sont ouvertes. Jean-Gabriel Damizat, en est le responsable, et confiera vos propositions au Comité Scientifique souverain.

Pour l'accueil, le Médecin Chef Daniel Mathé, et son équipe, Phaly Chum, Annie Soulat, Thierry Combal, ont tout prévu, soutenu grandement en cela par Bernard Magret, gestionnaire de l'Association des Membres du 3SM du département.

Le Pré-programme

Vendredi 18/9/2009

14h00 à 16h00 : Prise en charge de la douleur

- L'état des lieux dans un département : SAMU 87, SDIS 87.

- Douleurs non traitées : quelles conséquences ? Pr Philippe Vignon.

Pôle Réanimation Urgences Limoges

- Prise en charge de la douleur en préhospitalier : situation et solutions : Pr Georges Mion

- La morphine en libre distribution ?

- Et en pratique... : BMPM

16h30 à 18h30 : Formation & organisation

- Les simulateurs patients : outil de formation idéal ? Laerdal

- Le projet SIMURG : ENSOSP

- Quelle formation pratique : Pr Alphonse Montmigny (Québec)

- Comment j'ai monté mon EPP

- Revue de la morbi-mortalité chez les SP : Pr Philippe Vignon

Samedi 19/9/2009

8h30 à 10h30 : Polytraumatisé : du préhospitalier à l'hospitalier, comment ne pas perdre de temps ?

- La triade mortelle : Jean Dion

- Evaluation préhospitalière du polytraumatisé en pratique. BSPP

- Damage Control : le point de vue du chirurgien.

- Le polytraumatisme : vers une filière de soins ?

- Gestion du choc hémorragique : Karim Tazarourte et Jacques Duranteau

11h00 à 13h00 : organisation

- Application pratique du référentiel : le BMPM

- Application pratique du référentiel : le SDIS 38.

- Le protocole de régulation en Belgique (NAMUR)

- Le protocole de régulation en Espagne

- Synthèse (plateforme du 74)

Dimanche 20/9/2009

8h30 à 10h30 : Particularités de la prise en charge préhospitalière

- Système cardiovasculaire : régulation et limites (Bernard Cholley)

- Evaluation initiale du patient médical : Jean Dion (Québec).

- Evaluation cardiaque, neurologique, respiratoire : BSPP

- Gestion de la détresse respiratoire : Pr Philippe Vignon

- Aspect pédiatrique : Farges

11h00 à 13h00 Techniques

- Gestion des voies aériennes : Jean Cyrille Pitteloud

- Pansements hémostatiques :

- Capnographie : (SMUR Limoges)

- Le F.VIIa : Pr Philippe Vignon

IRM et évolution des AVC

Une nouvelle technique de prédiction de l'évolution des infarctus cérébraux dans les premières heures d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) vient d'être évaluée sur près de 100 patients. Baptisée NEURINFARCT, elle permet d'estimer l'étendue des tissus exposés au risque d'un infarctus en cours

de formation chez un patient victime d'AVC grâce à une analyse inédite de mesures issues de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Elle a été mise au point par une collaboration entre le Laboratoire de Neurosciences Cognitives & Imagerie Cérébrale (CNRS), le

département de Neuroradiologie et le service des Urgences Cérébro-Vasculaires du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP). Les résultats, publiés en ligne sur le site de la revue Radiology montrent l'intérêt de cette technique novatrice pour prédire la gravité potentielle d'un infarctus en quelques minutes, à partir d'images pouvant être obtenues sur un système IRM clinique conventionnel.

Cette approche pourrait constituer un outil essentiel d'aide à la décision thérapeutique en urgence et d'évaluation rapide de nouveaux traitements pour l'industrie pharmaceutique. Le logiciel résultant est actuellement utilisé dans des protocoles de recherche clinique dans le but d'évaluer plus efficacement de nouvelles approches thérapeutiques contre les infarctus cérébraux en formation. ■



La simplicité, c'est de disposer d'un moniteur compact et performant pour les situations les plus complexes.

Dernier né de la famille IntelliVue, le moniteur MP2 dispose de toutes les qualités d'un moniteur adapté au transport : surveillance multiparamétrique (dont l'ECG 12D et la capnographie), écran couleur tactile de très grande qualité, lisibilité de loin et en pleine lumière, le tout dans un boîtier ultra-compact et léger.

Pour en savoir plus, contactez nous au 0825 89 43 43

www.medical.philips.com

PHILIPS

sense and simplicity[®]

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles et Urgence Pratique Formation

Une solution concrète pour mettre en œuvre l'EPP dans son département

Michel WEBER - Médecin chef SDIS 51, Thierry FUZELLIER - Médecin chef SDIS 26.

Urgence Pratique Formation (UPF) association de formation continue dispense depuis de nombreuses années des formations ACLS en particulier à l'École de la Sécurité Civile de Valabre, des enseignements spécifiques pour les pharmaciens, et les Journées Scientifiques du 3SM. UPF apporte une réponse adaptée à chaque service de santé et propose la mise en place de l'EPP pour les services de santé de chaque département.

Pourquoi autant parler d'EPP ?

Depuis quelques mois, le 3SM-Mag vous a présenté plusieurs articles sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le congrès du 3SM d'Évian s'en est également fait l'écho au travers d'une session entière consacrée à ce sujet d'actualité. Comme vous le savez tous désormais, l'EPP est devenue obligatoire pour tous les médecins ; elle le sera très probablement demain pour les infirmiers et les pharmaciens. De plus, 50% de la formation médicale continue (FMC) ne peut être validée que par l'EPP. Il s'agit donc d'un véritable enjeu pour le 3SM, tant professionnel que volontaire.

Comment les services de santé Sapeurs-Pompiers peuvent-ils organiser leur EPP et la faire valider ?

Le seul moyen est d'adhérer à un organisme habilité par la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour mémoire, seuls les organismes habilités peuvent valider les actions d'EPP et délivrer les points nécessaires pour valider la FMC.

UPF est-il organisme habilité ?

Au cours de l'été 2008, UPF a décidé de demander son agrément auprès de l'HAS, puisqu'aucune structure sapeur-pompier n'était encore agréée. UPF a obtenu son agrément à l'automne 2008. La seule volonté d'UPF, qui rappelons le est une **association à but non lucratif**, est de propo-

ser aux services de santé une offre d'EPP adaptée à leurs besoins et à leur fonctionnement.

Pourquoi adhérer à UPF plutôt qu'à un autre organisme habilité ?

Les avantages d'UPF sont multiples :

- UPF peut valider des programmes d'EPP proposés par des 3SM de différents départements, dans toutes les disciplines qui nous concernent (médecine d'aptitude, activités opérationnelles, hygiène...). Ceci est essentiel, car on ne peut totaliser des points qu'après d'un seul organisme. Chaque médecin-chef de SDIS pourra donc orienter son EPP vers les sujets qui lui paraissent les plus justifiés, chaque action proposée étant retenue et guidée.

- UPF ne se substitue pas au 3SM local, mais lui apporte l'aide nécessaire et la caution indispensable.

- UPF peut proposer des programmes écrits par des membres du 3SM pour des membres du 3SM.

- UPF peut organiser des séminaires de formation pour des personnes souhaitant se lancer dans l'organisation d'actions d'EPP.

- UPF permet des actions d'EPP multidisciplinaires (médecins, pharmaciens, infirmiers).

- UPF propose trois méthodes d'EPP, parfaitement adaptées à l'exercice des membres des services de santé : l'analyse de pratiques entre pairs, le staff protocolisé, le chemin clinique.

- UPF propose à ses adhérents des documents téléchargeables pour réaliser l'EPP dans son service de santé.

Comment adhérer à UPF pour l'EPP ?

Plusieurs possibilités de cotisations sont possibles :

- Un service de santé entier.
- Un groupe de plus de 20 personnes.

- Un groupe de 10 personnes maximum.

- Une adhésion individuelle, en sachant que l'intérêt est très limité puisque l'EPP se fait forcément en groupe.

Une grande liberté est donc laissée aux médecins-chefs et aux membres du SSSM pour trouver la formule qui leur convient le mieux.

UPF offre aux 3SM des départements l'occasion de remplir une obligation réglementaire, tant pour les volontaires que les professionnels, dans une structure sapeur-pompier qui connaît parfaitement leurs besoins et leurs attentes.

Un tel rapprochement au sein d'une structure Sapeur-Pompier et au travers de l'EPP ne peut que nous permettre de progresser ensemble et d'améliorer les pratiques des services de santé. ■

Les conditions d'adhésion et le bulletin sont disponibles à l'adresse :

www.3sm-mag.com

E ntendu pour VOUS



CONGRÈS DE L'UNION DÉPARTEMENTALE EN CORRÈZE

Intervention du Médecin Colonel Bassetti

Le 18 octobre dernier avait lieu à Juillac, le 50^{ème} congrès de l'Union Départementale de la Corrèze.

Le Médecin Colonel Bassetti, Vice Président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France a présenté une synthèse du référentiel sur le Secours à Personne et l'Aide Médicale Urgente, document co-signé en juin 2008 par les ministres de la santé et de l'intérieur.

Le Directeur Départemental qui a participé aux différentes réunions de travail, a particulièrement insisté sur le fait que ce document, même dans sa version actuelle, constitue un « guide de bonnes pratiques » s'imposant à l'usage, jusqu'à la parution de l'arrêté interministériel.

Situant la personne en détresse au centre du dispositif, le Directeur Départemental souligne l'intérêt manifeste d'une réponse « adaptée » et « réflexe » des Services d'Incendie et de Secours.

Source : Dr Evelyne, MAGE Médecin Chef Adjoint. Sdis Corrèze.

TARIFS ANNUELS D'ADHÉSION

- Pour un SSSM entier : 900 €
- Pour un groupe de plus de 20 personnes : 500 € (25 € par personne).
- Pour un groupe de maximum 10 personnes : 300 € (30 € par personne).
- Pour une adhésion individuelle : 30 €.

L'oxygène médical, le médicament de l'urgence



Oxygène médical AGA Médical 200 bar, gaz pour inhalation en bouteille



Formes et présentations : Gaz pour inhalation : bouteilles de 2 litres apportant 0,4 m³ de gaz sous une pression de 1 bar à 15 °C. **Composition** : oxygène q.s. (sous pression de 200 bar). **Indications thérapeutiques** : Correction des hypoxies d'étiologies diverses nécessitant une oxygénothérapie normobare ou hyperbare ; alimentation des respirateurs en anesthésie-réanimation ; vecteur des médicaments pour inhalation administrés par nébuliseur. Traitement des crises d'algie vasculaire de la face. **Posologie et mode d'administration*** : L'oxygénothérapie normobare consiste à faire respirer au patient un mélange gazeux plus riche en oxygène que l'air ambiant, soit avec une FiO₂ supérieure à 21 % à une pression partielle d'oxygène comprise entre 0,21 et 1 atmosphère (soit 0,213 à 1,013 bar). La posologie est fonction de l'état clinique du patient. L'oxygénothérapie a pour but, dans tous les cas, de maintenir une pression partielle artérielle en oxygène (PaO₂) supérieure à 60 mmHg (soit 7,96 kPa) ou une saturation du sang artériel en oxygène supérieure ou égale à 90 %. Si l'oxygène est administré dilué avec un autre gaz, sa concentration dans l'air inspiré (FiO₂) minimale doit être de 21 %, elle peut aller jusqu'à 100 %. Oxygénothérapie normobare en ventilation spontanée chez les patients ne présentant pas de trouble de la ventilation : l'oxygène peut être administré à l'aide de lunettes nasales, d'une sonde nasopharyngée, d'un masque. Ceux-ci devront être adaptés au débit de l'oxygène. Chez le patient insuffisant respiratoire chronique : l'oxygène doit être administré à un faible débit de 0,5 à 2 litres/minute, à adapter en fonction de la gazométrie. Chez le patient en insuffisance respiratoire aiguë : l'oxygène doit être administré à un débit de 0,5 à 15 litres/minute à adapter en fonction de la gazométrie. Dans le traitement des crises d'algie vasculaire de la face : - l'oxygène doit être administré à un débit de 7 litres/minutes, pendant 15 minutes. - l'administration doit commencer dès le début de la crise. Oxygénothérapie normobare en ventilation assistée chez les patients présentant des troubles de la ventilation ou lors d'une anesthésie : la FiO₂ minimale est de 21 % et peut aller jusqu'à 100 %. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi*** : Dans certaines hypoxies sévères, la dose thérapeutique est proche du seuil de toxicité. Ainsi, une toxicité notamment pulmonaire et neurologique peut apparaître après 6 heures d'exposition à une concentration en oxygène (FiO₂) de 100 %, ou après 24 heures d'exposition à une concentration en oxygène (FiO₂) supérieure à 70 %. Les concentrations importantes doivent être utilisées le moins longtemps possible et contrôlées par l'analyse des gaz du sang artériel, en même temps que la concentration d'oxygène inhalé sera mesurée ; il conviendra de toujours utiliser la plus petite dose capable de maintenir la PaO₂ à 50 - 60 mmHg (soit 5,65 - 7,96 kPa) et au-delà de 24 heures d'exposition, de veiller à maintenir, dans la mesure du possible, une FiO₂ inférieure à 45 %. Chez le nourrisson nécessitant une FiO₂ supérieure à 30 %, la PaO₂ doit être régulièrement contrôlée afin de ne pas dépasser 100 mmHg (soit 13,3 kPa) en raison du risque d'apparition de fibroplasie rétro-lentaire. **Effets indésirables*** : Chez l'insuffisant respiratoire chronique en particulier, possibilité de survenue d'apnée par dépression respiratoire liée à la suppression soudaine du facteur stimulant hypoxique par la brusque augmentation de la pression partielle d'oxygène au niveau des chémorécepteurs carotidiens et aortique. L'inhalation de fortes concentrations d'oxygène peut être à l'origine de microatlectasies résultant de la diminution d'azote dans les alvéoles et de l'effet de l'oxygène sur le surfactant. L'inhalation d'oxygène pur peut augmenter les shunts intrapulmonaires de 20 à 30 % par atelectasie secondaire à la dénitrification des zones mal ventilées et par redistribution de la circulation pulmonaire par vasoconstriction secondaire à l'élévation de la PO₂. Des crises convulsives ont été rapportées à la suite d'une oxygénothérapie avec une concentration en oxygène (FiO₂) de 100 % pendant plus de 6 heures en particulier en administration hyperbare. Des lésions pulmonaires peuvent survenir à la suite d'une administration de concentrations d'oxygène (FiO₂) supérieures à 80 %. Chez les nouveau-nés, en particulier les prématurés, exposés à de fortes concentrations d'oxygène FiO₂ > 40 % ; PaO₂ supérieure à 80 mmHg (soit 10,64 kPa) ou de façon prolongée (plus de 10 jours à une FiO₂ > 30 %), risque de rétinopathie à type de fibroplasie rétro-lentaire apparaissant après 3 à 6 semaines, pouvant régresser ou au contraire entraîner un décollement rétinien, voire une cécité permanente. **Conduite à tenir en cas de surdosage** : diminution de la concentration d'oxygène inhalée et traitement symptomatique. **Incompatibilités*** : L'oxygène est un comburant, il permet puis accélère la combustion. Le degré d'incompatibilité des matériaux avec l'oxygène dépend des conditions de pression de mise en œuvre du gaz. **Précautions particulières de stockage et de transport, mode d'emploi et instructions concernant la manipulation**. **Identification administrative** : 368 766-4 : Bouteille de 2 L en aluminium ou aluminium frettée (corps et ogive peints en blanc, mention "gaz à usage médical"), munie d'un robinet en laiton avec manodétendeur-débitmètre de 0 à 6 L/min et prise normalisée. 381 287-9 : Bouteille de 2 L en aluminium ou aluminium frettée (corps et ogive peints en blanc, mention "gaz à usage médical"), munie d'un robinet en laiton avec manodétendeur-débitmètre de 0 à 15 L/min et prises normalisées. Médicaments agréés aux collectivités. Date de révision : Sept 07.

*Pour une information complète, consulter le laboratoire ou le Vidal.

Linde Gas Therapeutics

Linde

Tubes Laryngés et Trocarts de Ponction Intra Osseux

Pour les Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (PISU)

Infirmier de Groupement Michaël BOUÉ - 3SM 06

Fort de plusieurs années d'expérience dans le domaine de la mise en œuvre des Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence (PISU), le 3SM 06 y a désormais inclus l'emploi du Tube laryngé (TL) et des Trocarts de Ponction Intra Osseux (TPIO).



Le Service de Santé a souhaité permettre, dès le 1^{er} janvier 2008, aux infirmiers non anesthésistes d'employer le Tube Laryngé dans le cadre des arrêts cardiaques de l'adulte. De même, les cas de Mort Inattendue du Nourrisson (MIN) rencontrés ont mis en exergue la difficulté, pour tous les infirmiers, de poser les voies veineuses périphériques chez les nourrissons. Aussi, la mise en place d'un Trocarts de Ponction Intra Osseux a également été protocolisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Dans le courant du mois de mai 2007, des contacts ont été pris avec différents « experts » dans les domaines concernés (pédiatre réanimateur, chef de service au

CHU de Nice, Professeur des universités, chef du pôle anesthésie réanimation du CHU de Nice). Ces derniers nous ont immédiatement confortés dans notre analyse et nous ont assistés dans la rédaction des Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence relatifs à la prise en charge de l'ACR adulte et l'enfant. Par la suite, ils ont été associés à la formation et sont chacun intervenu deux heures afin de dispenser aux 72 ISP l'ensemble de la théorie relative à la mise en œuvre du TL et à la pose du TPIO.

Un partenariat avec les sociétés commercialisant ces 2 produits a ensuite été établi afin que ces dernières assistent le 3SM dans la dispensation des formations pratiques.

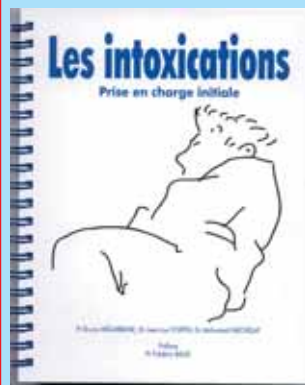
À l'issue et à distance des formations, chaque ISP a été évalué de façon théorique et pratique à la mise en place de ces 2 éléments. Depuis la validation des PISU par le Médecin Chef, et, toujours en partenariat avec ces médecins hospitalo-universitaires, chaque pose d'un TL ou d'un TPIO fait l'objet d'une fiche d'évaluation.

CONCLUSION

La réalité opérationnelle de l'activité en VLI doit nous amener à développer constamment la sécurité et la facilité des gestes techniques confiés aux Infirmiers. L'objectif restant toujours la rapidité et la qualité de prise en charge du patient. En accord avec les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives aux « nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé », le 3SM 06 a « identifié à priori les professionnels paramédicaux impliqués », a « dispensé une formation technique », a « protocolisé l'activité » et, toujours conformément aux recommandations, a « évalué la capacité technique de l'opérateur à réaliser les actes ».

D'après une communication présentée lors des Journées Scientifiques du 3SM.

A ne pas MANQUER



LES INTOXICATIONS

Prise en charge initiale

Pr Bruno Megarbane,

Dr Jean-Luc Fortin,

Dr Mohamed Hachelaf.

Préface par le Pr Frédéric Baud.

Ce nouveau guide pratique et largement illustré apporte des informations claires et concises sur un grand nombre d'intoxications, des plus fréquentes aux plus rares.

Le mode de présentation sur une page offre des informations denses et pertinentes pour chaque classe ou chaque produit.

Les grands principes de prise en charge et de traitement sont abordés dans les chapitres introductifs. Les principaux antidotes ne sont, bien entendu, pas oubliés.

Un ouvrage utile qui doit, à l'évidence, venir rapidement enrichir votre bibliothèque professionnelle.

Format : 140 x 180 mm

104 pages couleurs reliées par spirale métallique.

Prix : 17,50 € (port inclus)

Commande :

www.urgence-pratique.com

Rubrique : boutique

Un Gyrophare écologique !

La société Mercura commercialise depuis quelques semaines le premier Gyrophare bleu à leds (diodes électroluminescentes). Le Gyroled® c'est son nom, réduit la consommation électrique par 5, ne demande plus aucun entretien, et a une durée de vie égale à celle du véhicule. Cette technologie

permet de réduire la consommation électrique par 5 : inférieur à 1 Ampère pour le Gyroled® alors qu'un Gyrophare à ampoule halogène consomme 5 Ampères sur un véhicule alimenté en 12V. Cette faible consommation



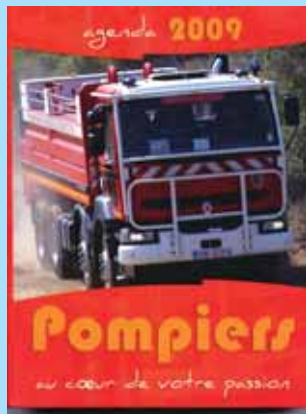
notamment de laisser la signalisation lumineuse en action, avec le moteur du véhicule éteint, réduisant d'autant les émissions de gaz à effet de serre.

L'appareil a été homologué suivant la norme européenne R65. Il répond de ce fait à tous les critères pour

être installé sur les véhicules prioritaires.

La société Mercura propose également le Gyroled® dans ses rampes de signalisation.

Déjà une centaine de véhicules ont été installés avec cette nouvelle technologie. Le modèle orange sera commercialisé en France, à la fin de l'année 2008.



AGENDA 2009 :

POMPIERS, AU COEUR DE VOTRE PASSION

Un ouvrage illustré par de superbe photo de notre ami Carlo Zaglia, spécialiste français du monde des sapeurs-pompiers, et Directeur de la Rédaction du magazine Soldats du feu.

Que vous soyez passionnés, nostalgique, ou simplement curieux, cet agenda accompagnera vos journées en les agrémentant de Quiz, de brèves (échos de la sirène) et de très nombreuses photos tant en couleur qu'en noir et blanc.

Format : 150 x 210 mm

Prix : 14,90 € ttc (+frais de port)

Pour commander :

www.urgence-pratique.com

Rubrique : Boutique



Evolution des VSAV

La rédaction de 3SM Mag est ravie de constater que des entreprises françaises dédiées au transport des victimes rivalisent avec les meilleures entreprises mondiales pour proposer des véhicules performants sur le plan du confort de travail et de l'ergonomie médicale. Le succès de la Société GIFA à l'export concrétise la qualité de leur production. Nous leur laissons la parole.

« La Société GIFA invente un tout nouveau concept de cellule...

Toujours dans la course à l'innovation, GIFA a eu le plaisir de présenter une toute nouvelle cellule à l'occasion du congrès des pompiers de Rennes, les 2, 3 et 4 octobre derniers. Très bien accueillie par les visiteurs qui sont venus sur le stand, cette nouvelle ambulance

plancher-cabine sur Master L2H2 a surpris agréablement, d'abord par son look extérieur, mais aussi par la conception de la cellule.

Une ambulance qui n'a pas fini de surprendre...

D'apparence beaucoup plus compacte qu'une cellule rapportée classique, elle présente tous les

(Publi-Reportage)
atouts d'un fourgon en terme de maniabilité et d'aérodynamisme. L'aspect fonctionnel et spacieux est cependant conservé et les utilisateurs peuvent embarquer tout le matériel nécessaire à leurs missions. De plus, le montage de cette cellule peut se faire indifféremment sur plancher-cabine Master ou Boxer X2/50. Par ailleurs, l'utilisation et l'intégration des ouvrants arrière d'origine dans la conception de cette ambulance garantit le bon fonctionnement de tous les mécanismes de sécurité conçus par les constructeurs et l'ouverture des portes à 180/270°.

Mais surtout, l'agencement intérieur à l'identique d'un fourgon GIFA avec un habillage polyester total de la cellule offre tous les avantages de ce dernier : plancher-cuvette, rehausse des meubles et rangement latéral intégré. Le nettoyage et la désinfection sont ainsi grandement facilités et tout risque d'infiltration et de rétention des produits de nettoyage est évité. »



Une rencontre naturelle

Médecin-Lt Colonel Georges SIKSIK - Médecin-Chef SDIS 31

Le 115^e congrès des Sapeurs-Pompiers de France s'est tenu à Rennes du 2 au 4 octobre 2008.

Articulé autour d'une présentation du manifeste secours à personnes par Jean-Yves Bassetti, le forum actualité a permis une rencontre des acteurs de l'AMU, en présence de Madame A. Podeur Directrice de l'HOS, du Préfet A. Perret Directeur DSC de Mr

Y.Ackerman, ADF, et du Colonel H. Enard ANDSIS. Dire qu'il s'agissait d'une rencontre naturelle est une évidence. La rencontre entre SAMU et SDIS n'est pas une rencontre entre urgentistes et SP. Elle est plutôt une rencontre entre deux systèmes qui doivent asseoir

leur complémentarité. Les officiers de santé des SDIS ont été formés par l'université et l'hôpital, certains dans les SAMU et les SMUR. Tous reconnaissent le rôle fondamental de la régulation médicale et du « bon parcours de soin », évoqué par Pierre Carli, de la détresse à l'hôpital, anticipant le bon retour, de l'hôpital au domicile. Dans le cadre de l'AMU, la responsabilité des médecins-chefs est de veiller aux compétences, des secouristes, des infirmiers, des médecins, des pharmaciens. Favoriser une réponse adaptée, graduée, ce n'est pas s'engager dans une démarche dégradée.

Au-delà du bruit de fond des anomalies quotidiennes, de nombreux obstacles apparaîtront, structurels, financiers, historiques. Il conviendra de respecter la position de

tous ceux qui participent à la prise en charge de la victime, élément central de tout notre dispositif.

Lorsque V. Danel parle du manifeste comme « une réponse aux préoccupations du citoyen et du secouriste », que P. Goldstein indique que « la médecine d'urgence doit progresser en technicité », que F. Levy évoque « la bonne prise en charge par la bonne personne au bon moment », alors nous parlons le même langage.

Lorsque R. Vignon parle de « moment historique », lorsque M. Giroud remercie la FNSPF qui « nous a poussés à progresser » lorsque P. Pelloux applaudit à la défense du service public, alors nous savons qu'il y a du pain sur la planche, mais que ce chemin nouveau, nous pouvons le parcourir ensemble.



Le casque et la plume

Impression à propos du forum sur le secours à personnes.

L'important travail réalisé par le comité quadripartite pour l'écriture du référentiel sur le secours à personne et l'aide médicale urgente est un élément fondamental pour la qualité de la prise en charge des victimes. La présence à nos côtés de nos confrères hospitaliers lors du forum sur le secours à personnes a clairement montré notre volonté de progresser ensemble, la victime étant réellement au cœur des discussions. Le référentiel ne doit pas être un aboutissement. C'est maintenant



à nous de le faire vivre dans nos départements. Il s'agit d'un nouveau départ avec désormais la mise en place d'une évaluation de nos pratiques. La complémentarité sur le terrain des SAMU-SMUR et des sapeurs-pompiers n'est plus à prouver. De plus, la légitimité du service de santé et de secours médical dans la prise en charge des urgences préhospitalières est désormais reconnue. Cette complémentarité va ainsi être encore renforcée, en particulier grâce à la réponse

adaptée réalisée par nos infirmiers de sapeurs-pompiers. Il nous reste à travailler à l'élaboration de recommandations pour l'écriture des protocoles infirmiers de soins d'urgence, validées par la Haute Autorité de Santé.

Cette reconnaissance de la compétence opérationnelle des médecins et infirmiers sapeurs-pompiers doit être une motivation supplémentaire dans leur engagement quotidien sur le terrain. ■ Bien amicalement.

Médecin CI.1 Michel WEBER
Médecin-chef - SDIS 51

Vous souhaitez réagir, poser une question, commenter une information ou nous faire partager votre expérience personnelle : écrivez-nous à 3SM-Mag, BP 26, 34190 Ganges ou envoyez-nous un courriel à : revue@urgence-pratique.com



Un colloque qui va ouvrir le secours médical français vers l'Europe.



Organisation des Urgences Préhospitalières

La rigueur et la sagesse du Droit concourent à la cohérence des acteurs de terrain.

Monsieur le Doyen Jean VIRET, de l'Université Montpellier I, est Directeur du MASTER 2 : Droit et Management de la Sécurité Civile, qui est unique en France et en Europe, et rencontre beaucoup de succès. Il a fait de cet enseignement une source référente et reconnue, par tous ceux qui veulent faire profession du Secours à Personne.

En développant ce cursus universitaire, le Doyen Viret a sou-

haité mettre en parallèle autant les attentes de la population, que les responsabilités des tutelles, et les *modus operandi* des intervenants. L'approche de cet homme de Droit du fonctionnement du Secours à Personne se singularise par une grande rigueur, une absence de préjugés (Dieu sait si cette spécialité en est l'objet), et une recherche obstinée des solutions intelligentes. Après avoir lu avec attention les conclusions de la Commission Quadripartite, il a tout de suite pensé à l'avenir et au développement du secours qu'il est possible de construire sur cette plate-forme

de décisions partagées par tous les intervenants. Il nous propose donc un Colloque sur cette problématique, qui se tiendra, pour des raisons de calendrier et de logistique à Grenoble le **mercredi 25 mars** prochain. Et puis, dans l'Isère, la bonne entente entre les Services ne pouvait qu'être porteuse de travaux constructifs.

Les débats seront certainement passionnés, mais toujours ouverts et sans exclusives, ce qui est toujours enrichissant. Il est certain que le Secours à venir ne saurait se déterminer sans des vertus de partage, ce qui veut dire de discussions et d'échanges. Vous retrouverez rapidement toutes les modalités d'inscription sur les sites urgence-pratique.com et 3SM-Mag.com



En BREF



ASSOCIATION EUROPÉENNE DES PSYCHOLOGUES SAPEURS-POMPIERS

L'AEPSP a pour vocation la centralisation et le partage des savoirs en matière de psychologie appliquée en service d'incendie et secours.

Le Président de cette association est bien connu de nos lecteurs : il s'agit de Eric De Soir
Informations : www.aepsp.eu
Contact : contact@aepsp.eu

MAIS AUSSI

1^{er} Colloque international de psychotraumatologie et victimologie

Le trauma est-il un symptôme de notre civilisation ? Pour répondre à cette question d'actualité, nous vous donnons rendez-vous les 10, 11 et 12 juin 2009 à Paris
Informations sur le site : www.psychomediamagazine.fr

MAIS ENCORE

Conférence interdisciplinaire sur les urgences psychiatriques
Cette rencontre de haut niveau scientifique se tiendra Genève (Suisse), du 2 au 6 février 2009.
Informations sur le site : www.iaepgeneve2009.ch

Matériel



UN NOUVEAU BRANCARD CHEZ CHAPUIS

Ce fabricant est réputé pour la solidité de ses produits, qui sont par ailleurs toujours très fonctionnels.

Chaque évolution va dans le sens d'une meilleure ergonomie du transport.

Informations : www.rtschapuis.com



Propaq[®] LT

«Votre moniteur de l'urgence»

Compact, Performant, Robuste.
La solution la plus adaptée à la prise en charge des victimes dans toutes les situations.



WelchAllyn[®]

Advancing Frontline Care[™]

Propaq[®] LT, la référence !

Feux de forêts : risques et pathologies

Première partie : les risques techniques

Méd-Cpt Agnès AUBRY - SDIS 43

Cmd Patrice ACHARD, Chef du Groupement Opérations et Prévisions - SDIS 43

Nous nous proposons d'analyser les risques rencontrés lors des interventions « feux de forêts » et d'en déduire les pathologies qui en résultent. De ces exposés découleront quelques recommandations destinées aux intervenants, qu'ils soient sapeurs ou membres du 3SM en soutien sanitaire.

L'activité des sapeurs-pompiers est reconnue comme dangereuse par les autorités. Cette dangerosité est évidente lors de la prise en charge des feux de forêts.

RISQUES ET MAIN D'ŒUVRE

Les pompiers sont des hommes et des femmes dont les aptitudes physiques (capacité à réaliser les exercices physiques) et médico-psychologiques conditionnent la survenue de blessures. Pour un même effort, la dépense énergétique d'une personne svelte et sportive est moins importante que celle d'une personne forte et non entraînée. Par ailleurs, les pathologies pré existantes (diabète) ou intercurrentes (pathologies fébriles) ainsi que la prise de médicaments ou de « drogues » (même douces : tabac, alcool...), interfèrent avec les capacités de thermorégulation. Cela prédispose à la survenue de pathologies liées à la chaleur. Une intervention en feu de forêt crée un stress lié à l'exigence de promptitude (source de précipitation et d'erreurs tactiques), mais aussi au milieu naturel potentiellement hostile et souvent inconnu dans lequel il faut évoluer (source de traumatismes et d'affolement), à l'épuisement après des efforts physiques intenses et prolongés et aux dures conditions climatiques qui amplifient la dépense énergétique.

RISQUES ET MOYENS

Les tenues de feu sont lourdes, rigides et non perspirantes. Qu'il s'agisse des vestes en cuir ou des vestes synthétiques, les normes de sécurité imposent des tenues qui augmentent le métabolisme de ceux qui les portent.

Les camions (CCF) ont une moins bonne tenue de route que les véhicules de feux urbains. Par ailleurs, les accès sur pistes forestières sont parfois chaotiques favorisant les accidents, le retournement des véhicules voire l'écrasement des personnels.

La progression en forêt peut requérir la manipulation d'outils dangereux tels que des treuils ou des tronçonneuses qui sont, par nature, accidentogènes.

RISQUES ET MÉTHODES

Il existe un risque d'encerclement des pompiers par le feu. C'est en fonction des stratégies d'attaque élaborées que ces risquent se prennent : qu'il s'agisse d'attaque offensive ou défensive, sur un flanc virulent au vent, d'attaque de front, d'utilisation d'un feu tactique ou en cas d'établissement longue distance.

Le danger de chute grave sur un relief accidenté dépend de la qualité de sécurisation du lieu d'intervention par les équipes spécialisées.

L'utilisation des avions bombar-

diers d'eau (ABE) fait encourir le risque d'écrasement des troupes au sol si elles n'ont pas été signalées.

RISQUES ET MILIEU

Déjà évoqués, les reliefs accidentés (falaises, éboulis...) sont de grands pourvoyeurs de traumatismes, d'autant plus que l'incendie détruit le ciment végétal (élément de cohésion des roches entre elles) et que les branches calcinées chutent.

La proximité de lignes électriques engendre des risques d'électrisation du personnel.

Enfin, la canicule et le vent favorisent la propagation des flammes et la survenue de pathologies liées à la chaleur.

RISQUES ET MATÉRIAUX

Les produits de combustion de certaines essences végétales sont toxiques : phénols, benzène... Associés à la raréfaction de l'oxygène, ils conditionnent l'apparition de troubles respiratoires.

Le phénomène d'embranchement généralisé éclair (EGE) est provoqué par l'accumulation de composés organiques volatils et de produits de pyrolyse, formant parfois un véritable nuage de gaz explosifs. Les EGE ont été responsables, entre autres, de la mort de 3 pompiers à la Garde-Freyenet en 2003.

Formation NRBC

DÉCONTAMINATION MASSIVE

Mise en oeuvre et limites

Cette formation organisée par la Société Française de Médecine de Catastrophe se déroulera le Vendredi 27 Mars 2009 au Centre de Secours Principal de Thionville, sous la présidence d'honneur du Préfet A. Perret (DSC).

Matin : conférences.

Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale (B. Deleplancque) ; Identification et contrôle de la contamination et de la décontamination nucléaire (D. Giordan) ; Chimie industriel (S. Gesret) ; Chimie de Guerre (M. Ruttimann) ; Biologique (C. Rabaud) ; Organisation de la chaîne de décontamination (L. Lachenaud) ; Approche, identification et zonage (J.G. Damizet) ; Sauvetage, décontamination sèche, médicalisation et PRV (F. Huot-Marchand) ; Médicalisation avant décontamination (C. Fuilla) ; Décontamination humide (D. Josse) ; Prise en charge, accueil et décontamination (L. Nace) ; expériences en Allemagne (A. Klein), en Belgique (F. Van Trimont) et au Luxembourg (M. Feider) ; Formation des personnels hospitaliers (C. Bertrand) ; Formation et entraînements (B. Cesca).

Après-midi : ateliers pratiques.

Déploiement de chaînes de décontamination (SDIS 54, SAMU 54, SAMU 57) ; Cellules d'identification (CMIC SDIS 57, CMIR et anthropométrie SDIS 57, CNPE Cattenom, Spectromètre de masse UIISC 1, CMIB UIISC7...).

Ateliers : scaphandre et combinaison, comment s'équiper, CAT du personnel médical, médicalisation d'urgence avant décontamination, réalisation d'un abord veineux sous protection, antidotes et décontamination sèche, déshabillage pour décontamination approfondie. Présentation et de mise en oeuvre de matériels.

Contacts :

SFMC - Dr Henri JULIEN

Tél : +33 6 30 31 36 85

@ : julien.hf@wanadoo.fr

Site : www.sfmc.eu

SDIS 57 : Méd col Michel JUNG

Tél : + 33 6 72 79 74 30

@ : mkjung@wanadoo.fr



TECHNIQUES D'UTILISATION DE LA PLANCHE D'OLIVIER

Samedi 28 mars 2009.
C'est toute une journée de travail technique qui vous est proposée par Benoît Claessens, Directeur du SMUR St Pierre de Bruxelles, et Conseiller Médical des Sapeurs Pompiers de la capitale belge. De l'utilisation en extraction d'un véhicule, au sauvetage aquatique, de la planche pédiatrique au brancardage complexe, toutes les facettes de l'utilisation de cet outil quotidien, mais finalement méconnu seront abordées. ■

Renseignements & inscriptions :
ifcsm-ipowg@stpierre-bru.be

Le risque est partout

Médecin Lieutenant colonel AUDFRAY Vincent - SDIS 79

Le risque chimique ne doit pas interpellé que les médecins-chefs en charge de départements où se situent des usines chimiques ou polluantes. Nous avons pu le vérifier lors d'une intervention très particulière en zone rurale.

Sur les seuls 8 km de traversée de notre département de la nationale 10, un transporteur de produits de déchets d'usinage contenant des gros sacs, appelle le 112 (origine Espagne - destination Belgique - transporteur privé allemand), après avoir été prévenu par un routier qui le dépasse. Après s'être garé sur une aire de repos, il a découvert que son chargement dégageait une fumée blanche provoquant une vive irritation respiratoire. Sur le document qu'il a dans les mains, il n'y a qu'aucune conduite à tenir particulière et il ne sait même pas ce qu'il transporte (il ne parle pas français). Après analyse des premiers SP sur les lieux, il s'agit de poussière d'oxyde de zinc (ZnO). Produit très irritant pour les muqueuses et la peau et polluant pour la nature. Ce

produit n'est pas (encore) soumis à réglementation, mais lorsqu'il est en grande quantité en contact avec de l'eau il provoque un dégagement d'ammoniac et de chaleur. Le problème est que la seule façon de le neutraliser est de le diluer par petite quantité dans de l'eau ! Heureusement, donc, que les premiers SP n'ont pas arrosé d'eau à la lance la fumée qui aurait pu cacher un incendie !

Le chargement initial serait de 650 kg, mais en fait il dépasse la tonne.

Compte tenu des risques liés à la température de la combustion des poussières d'oxyde de zinc (explosion et dégagement d'un nuage toxique), la tactique adoptée par le COS à la suite des conseils scientifiques obtenus par des experts avisés, a été :



© UINSC7 Stéphanie Peltier.

1/ établir un périmètre de sécurité lié au risque d'explosion
2/ vider, sous AI et tenue de feu, le chargement de poussières de zinc en mettant une 1/2 pelle (prudente) de produit dans 100 ml d'eau pour le neutraliser. Début d'intervention vendredi 14h00, fin d'intervention lundi 12h00. Un soutien sanitaire a été assuré dès le début de l'intervention (2 ISP - VLI - VSAV). Il n'y a eu qu'un malaise sans gravité (glycémie capillaire normale) lié à l'effort soutenu et au stress sous ARI et tenue de feu.

Il suffit d'avoir quelques km de voies de transports (route fleuve - voie ferrée) pour être exposé aux risques liés aux matières dangereuses. Là où cela devient plus difficile, c'est lorsque le transporteur ne sait pas ce qu'il transporte... ■



Nouveauté

La transmission Ethernet sur les DEA

Avantages :

- Transfert automatisé depuis les centres de secours vers un serveur distant.
- Synchronisation automatique de l'heure à chaque transmission.
- Logiciel de lecture avec export Excel.

Finis les cartes flash !
Travailler autrement avec FRED easy®




SCHILLER

FRANCE S.A.S

Schiller France S.A.S 7 rue Raoul Follereau Bussy Saint-Georges F-77608 Marne la Vallée cedex 13
Tel: +33 1 64 66 50 11 Fax: +33 1 64 66 50 10 www.schiller.fr



PORTE BLOC VSAV-VRM

Toujours avec vous pour remplir vos fiches d'intervention : un rappel des principaux score. Conduite face un SCA. Localisation de l'IDM. Le brûlé. Les drogues et matériels pédiatrique répartis en taille et âge. Modèle de certificat d'HDT, HO. Crush induction Adultes/enfants. Principaux antidotes, etc.

Format : 25 x 32 cm fermé, 51 x 32 cm ouvert.

Prix : 15,00 € (port inclus)



TROUSSE DE 1^{ER} SECOURS

Indispensable dans tous vos déplacements. Composée de :
1 masque de poche (Rescue Mask), 1 bande (3 x 10 cm), 3 pansements anti-saignement, 1 paire de ciseaux GESCO, 1 mini lampe torche, 1 paire de gants, 1 couverture de survie.

Prix : 44,90 € (port inclus)

Dans la limite des stocks disponibles.

Votre commande sur papier libre et votre règlement sont à envoyer à l'ordre de :

Urgence Pratique Publications
BP26 - 34190 Ganges

Commandez en direct sur :
www.urgence-pratique.com

4 parutions par an - Décembre 2008

3 SM - Mag est une édition
Urgence Pratique Publications
BP 26 - 34190 Ganges

DIRECTEUR de la PUBLICATION

Médecin Colonel Jean-Claude DESLANDES

REDACTEUR EN CHEF

Médecin Commandant Eric TORRES

CONCEPTION GRAPHIQUE

Georges BOUSQUET

ABONNEMENTS

Sabine SERRES

Tél. 04.67.73.53.61 - Fax. 04.67.73.86.36
Courriel : revue@urgence-pratique.com
Site Web : www.3sm-mag.com

INEUROPE[®]

Sulfate d'atropine / chlorhydrate d'avizafone / méthylsulfate de pralidoxime

(Poudre et solvant pour solution auto-injectable)

INDICATIONS

Traitement d'urgence des intoxications par les agents neurotoxiques organophosphorés (sarin, soman, VX...).

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Auto-injection par voie intramusculaire dans la cuisse dès l'apparition des premiers symptômes d'intoxication. L'injection peut être renouvelée une fois après 15 minutes en cas de persistance de symptômes.

PRÉSENTATION

Auto-injecteur bi compartiment contenant dans un premier compartiment les trois principes actifs sous forme lyophilisée et dans l'autre compartiment le solvant (EPP).

MODE D'EMPLOI

La solution est reconstituée par vissage du système après retrait du dispositif de sécurité. L'injection IM se fait par pression sur le corps



de l'auto-injecteur mis au contact de la face externe de la cuisse à travers les vêtements après retrait du dispositif de sécurité.

CONSERVATION

Stockage : durée de conservation de 4 ans entre +1 et +8°C.

Contexte opérationnel : durée de conservation est de 6 mois quelles que soient les conditions.

Ineurope est fabriqué en France sur le site de la Pharmacie Centrale des Armées. Le prix Galien de la recherche pharmaceutique a été décerné au Service de Santé des Armées pour le développement de ce produit. ■

3SM-Mag est VOTRE revue : Vous avez du matériel médical ancien ou surprenant ! Alors n'hésitez pas faites-nous passer quelques photos accompagnées d'un petit texte descriptif pour alimenter la rubrique « De quoi s'agit-il ? ». D'avance, merci à tous ! à vos plumes...

Abonnez-vous à 3SM-Mag pour recevoir le prochain numéro

Le premier numéro du 3SM-Mag est paru en juin 2002. Il inaugurerait l'entrée en service des premiers médecins, infirmiers, et pharmaciens professionnels. Il s'inscrivait dans une dynamique du Service de Santé portant le nombre de ses membres volontaires à plus de 9000, fournissant ainsi à notre pays un réseau dense et inégal d'acteurs du secours. Depuis, ce Service de Santé, tant professionnel, désormais, que volontaire, a évolué vers plus de rigueur dans l'accomplissement des missions. L'Ecole Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs Pompiers s'est dotée d'une structure de formation dédiée au corps médical.

Le 3SM-Mag est resté à l'écoute de cette évolution, et, tous les trimestres vous a informés de la vie des VRM et autres lieux d'expression de nos métiers, comme les salles de consultation où la plupart d'entre vous œuvrent pour assurer le suivi médical des Sapeurs-Pompiers français.

Le 3SM-Mag doit évoluer lui aussi. Il va s'enrichir de rubriques, et compte bien être le reflet des diverses facettes de la vie du Service de Santé. Pour répondre à cette attente, exprimée par beaucoup d'entre vous, le magazine va devenir payant dès le prochain numéro de mars 2009.

Plus que jamais, 3SM-Mag souhaite être votre magazine, et être le porte parole de votre engagement.

Fidèlement votre
Médecin Col. Jean-Claude DESLANDES

Facile sur www.3sm-mag.com

A nouveau disponible !

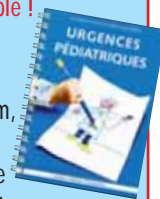
URGENCES PÉDIATRIQUES

Format : 10 x 14 cm, 70 pages

Un guide pratique illustré au format de poche consacré à la prise en charge en urgence de nos plus jeunes patients.

A ne pas manquer !

Prix : 15 ¾ € (port inclus)



URGENCES EN ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE - Guide Pratique

Jean-Luc Jouve.

Sauramps médical

Toutes les connaissances nécessaires à la prise en charge de la traumatologie pédiatrique, le tout sous forme pratique.

Prix : 44,77 ¾ € (port inclus)



CARNET D'INTERVENTION

Edition 2008

Cette nouvelle édition enrichie et complétée vous aidera dans votre pratique quotidienne.

Aussi indispensable que votre fidèle stéthoscope, parions que vous ne pourrez, rapidement, plus vous en passer.

Prix : 22 € (port inclus)



Commandez en direct sur :
www.urgence-pratique.com

NICOPASS®

NICOTINE PASTILLE À SUCER

SANS SUCRE

POUR FAIRE PASSER L'ENVIE DE FUMER



1^{ère} PASTILLE À SUCER :
pour se passer du tabac



DÉNOMINATION : NICOPASS 1,5 mg sans sucre menthe fraîcheur, pastille édulcorée à l'aspartame et à l'acésulfame potassique, NICOPASS 1,5 mg sans sucre réglisse/menthe, pastille édulcorée à l'aspartame et à l'acésulfame potassique. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE. Par pastille :** Nicotine : 1,5 mg sous forme de cationisée carboxylate de nicotine : 8,33 mg. **Excipients spécifiques :** Réglisse menthe : Extrait sec de réglisse déglycyrrhiziné, glycyrrhizinate d'ammonium. Menthe fraîcheur : Arôme menthe fraîcheur longue durée IFF 13-627-517. **Excipients communs :** Isomalt, hypromellose, aspartame, acésulfame potassique, arôme peppermint IFF 13-571-016, arôme masquant permaseal GIVALDAN 11031-31, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Pastille. **DONNÉES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : Ce médicament est indiqué dans le traitement de la dépendance tabagique afin de soulager les symptômes du sevrage nicotinique chez les sujets désireux d'arrêter leur consommation de tabac. Bien que l'arrêt définitif de la consommation de tabac soit préférable, ce médicament peut être utilisé dans : - Les cas où un fumeur s'abstient temporairement de fumer. - Une stratégie de réduction du tabagisme comme une étape vers l'arrêt définitif. **Posologie et mode d'administration* :** Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans). Les pastilles à sucer dosées à 1,5 mg en monothérapie ne sont pas adaptées pour les fumeurs fortement ou très fortement dépendants à la nicotine (score au test de Fagerström de 7 à 10). **Posologie :** quelque soit l'indication ne pas dépasser 30 pastilles par jour. **Arrêt complet du tabac :** ce médicament peut être utilisé en monothérapie ou en association avec les dispositifs transdermiques nicotinniques. En cas d'association, il est conseillé au patient de prendre un avis médical. **Monothérapie :** le traitement de la dépendance à la nicotine se fait habituellement en 2 phases : **1^{ère} phase :** Sucer une pastille chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Le nombre de pastilles à sucer dosées à 1,5 mg est généralement de 8 à 12 par jour et ne doit en aucun cas dépasser 30 pastilles par jour. La durée de cette phase est d'environ 3 mois, mais peut varier en fonction de la réponse individuelle. **2^{ème} phase :** Quand l'envie de fumer est complètement surmontée, réduire progressivement le nombre de pastilles par jour. Le traitement sera arrêté lorsque la consommation est réduite à 1 à 2 pastilles par jour. Il est recommandé de ne pas utiliser les pastilles à sucer au-delà de 12 mois. **En association avec les dispositifs transdermiques à la nicotine :** Les personnes qui, malgré une monothérapie bien conduite, continuent de ressentir des envies irrésistibles de fumer ou les personnes qui ont échoué en monothérapie peuvent associer les pastilles NICOPASS 1,5 mg avec une forme délivrant de la nicotine tout au long de la journée : les dispositifs transdermiques. L'association des dispositifs transdermiques avec des substituts nicotinniques par voie orale a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus pour chacun des traitements pris séparément. **Traitement initial :** le traitement devra débiter par un dispositif transdermique adapté au niveau de dépendance, qui sera appliqué quotidiennement sur la peau le matin, et retiré le soir au coucher associé, si nécessaire, à la pastille. Dans ce cas, sucer une pastille chaque fois que l'envie impérieuse de fumer apparaît, avec un minimum de 4 pastilles par jour. Généralement 5 à 6 pastilles procurent l'effet adéquat. Ne pas utiliser plus de 24 pastilles par jour. Cette dose complète devra être utilisée pendant 6 à 12 semaines, période après laquelle un sevrage progressif des produits de substitution devra être initié. **Sevrage progressif des produits de substitution :** celui-ci devra être effectué de la façon suivante : utiliser des dispositifs transdermiques moins dosés, selon les durées respectives d'utilisation spécifiées pour le dispositif transdermique utilisé, tout en continuant à utiliser si nécessaire le même nombre de pastilles qu'en début de traitement, puis réduire ensuite le nombre de pastilles dosées à 1,5 mg utilisées par jour, jusqu'à un maximum de 12 mois de traitement total. **Abstinence temporaire de tabac :** Sucer une pastille chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Le nombre de pastilles à sucer dosées à 1,5 mg est généralement de 8 à 12 par jour et ne doit en aucun cas dépasser 30 pastilles par jour. **Réduction tabagique :** Dans la mesure du possible, alterner les pastilles à la nicotine et les cigarettes. Sucer une pastille quand l'envie de fumer apparaît, pour rester aussi longtemps que possible sans fumer. Utiliser chaque jour un nombre suffisant de pastilles sans dépasser 30 par jour. Progressivement continuer à essayer de diminuer votre consommation de cigarettes, si possible jusqu'à l'arrêt complet. Quand vous ne fumerez plus depuis quelques semaines, réduire progressivement le nombre de pastilles à sucer par jour. Le traitement sera arrêté lorsque la consommation est réduite à 1 à 2 pastilles par jour. Il est recommandé de ne pas utiliser la pastille au-delà de 12 mois. **Mode d'administration* :** Voie buccale. La pastille à sucer doit être placée dans la bouche où elle va se dissoudre progressivement. Elle doit être régulièrement déplacée d'un côté de la bouche à l'autre, jusqu'à dissolution complète. La structure matricielle des pastilles à sucer a été conçue pour assurer leur dissolution en environ 30 minutes permettant ainsi une libération progressive de la nicotine et donc une absorption lente de celle-ci au niveau de la muqueuse buccale. En conséquence, elles ne doivent pas être croquées ou avalées. Il faut s'abstenir de boire ou de manger lorsque la pastille est dans la bouche. **Contre-indications :** Non-tumeur ou tumeur occasionnelle, hypersensibilité à l'un des constituants, phénylétouurie en raison de la présence d'aspartame. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi* :** **Mises en garde* :** Dans l'indication "arrêt complet du tabac", l'utilisation de ce médicament doit s'accompagner d'une interruption totale de la consommation du tabac. En raison des effets pharmacologiques de la nicotine, certaines pathologies nécessitent un avis médical ainsi qu'une surveillance médicale (ulcère gastrique ou duodénal en évolution, insuffisance hépatique et/ou rénale sévère). La nicotine est une substance toxique. **Ne pas laisser ce médicament à la portée des enfants.** En effet, la dose thérapeutique destinée à l'adulte pourrait provoquer une interaction grave, voire mortelle chez l'enfant. Les mises en garde et précautions particulières d'emploi de l'association d'un dispositif transdermique à la nicotine avec des pastilles de NICOPASS sont celles de chaque traitement utilisé seul. **Interactions avec d'autres médicaments et d'autres formes d'interactions* :** Le tabac peut modifier les concentrations sanguines de certains médicaments, tout comme la nicotine. L'ajustement des posologies et la surveillance sont nécessaires. **Grossesse et allaitement* :** **Grossesse :** Il convient de toujours recommander un arrêt complet de la consommation de tabac, sans traitement de substitution. En cas d'échec face à une patiente fortement dépendante, le sevrage tabagique par ce médicament est possible, il sera souhaitable de faire appel à une consultation spécialisée. Prendre en compte les effets de la nicotine sur le fœtus. **Allaitement :** En cas de dépendance tabagique sévère, le recours à l'allaitement artificiel doit être envisagé chaque fois que possible. En cas d'utilisation de ce médicament, prendre la ou les pastilles juste après la tétée et ne pas en prendre pendant les deux heures qui précèdent la tétée suivante. **Effets indésirables* :** **Fréquents (>1/100) :** étourdissement, céphalées, nausées, vomissement, inconfort digestif, hoquet, maux de gorge et irritation de la bouche. **Moins fréquents (1/100-1/1000) :** palpitations, érythème, urticaire. **Rares (<1/1000) :** fibrillation auriculaire réversible, réactions allergiques telles qu'angio-œdème. Quelques symptômes tels qu'étourdissement, céphalées et insomnie peuvent être liés au sevrage tabagique. Une augmentation de l'apparition d'aphthes buccaux peut survenir après l'arrêt du tabac. La relation de causalité n'est pas clairement établie. Les effets indésirables pouvant apparaître lors de l'utilisation de l'association (dispositif transdermique et pastilles) ne diffèrent pas de ceux de chaque traitement seul en terme d'effets indésirables locaux liés aux formes pharmaceutiques. La fréquence de ces effets indésirables est comparable à celle mentionnée dans les RCPs de chaque spécialité respective. **Surdosage* :** Les symptômes de surdosage sont ceux d'une intoxication aiguë à la nicotine. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES* :** **Propriétés pharmacodynamiques :** **MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE,** code ATC : N07BA01. **Propriétés pharmacocinétiques* :** La dissolution complète des pastilles à sucer dans la cavité buccale est généralement atteinte en 30 minutes. **PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** Réglisse-menthe : **Boîte de 12 :** AMM 364 990 7 **Boîte de 36 :** AMM 364 993 6 **Boîte de 96 :** AMM 364 998 8 Menthe fraîcheur : **Boîte de 12 :** AMM 364 476 1 **Boîte de 36 :** AMM 364 478 4 **Boîte de 96 :** AMM 364 989 9. **CONDITION DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale, non remboursé séc. soc. et agréé collectivités. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Laboratoires Pierre Fabre Médicament - 45, place Abel Gance - 92654 Boulogne. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** Juillet 2004 *pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal".

■ I.B. CONSEIL Tél : 05 63 33 15 15, 01/2008 -