

TOUS CONCERNÉS

En France sont comptabilisés chaque année 10 000 traumatismes crâniens et 1200 traumatismes vertébro-médullaires graves.

3% des blessés ne bénéficient d'aucune immobilisation et 66% des traumatisés graves présentent au moins un épisode d'hypotension au cours de la prise en charge et du transport médicalisés. Seuls 7,4% de ces blessés bénéficient de catécholamines pour maintenir une pression de perfusion cérébrale correcte.

NDLR : Les principes les plus simples sont souvent négligés.

SUIVEZ LA LIGNE JAUNE

Dés le départ de Southampton, le 2 janvier, une épidémie de gastro-entérite a touché 300 passagers et 50 membres d'équipage du Queen Elizabeth II. En cause : le norovirus. Parfois appelé *winter vomiting virus*, ce virus très commun est aussi très facilement transmissible. Après 48 heures plutôt pénibles, le sujet retrouve son status habituel.

NDLR : Il est tout de même chi... de payer fort cher pour rester sur une chaise percée.

DIARRHÉE TOUJOURS...

Une étude randomisée en double aveugle chez des militaires américains stationnés en Thaïlande et présentant une diarrhée aiguë a prouvé la supériorité de l'azithromycine (1g en une prise) versus lévofloxacine (500 mg/j/3j), avec éradication microbiologique à 96%. Autre avantage par rapport aux fluoroquinolones, l'absence de photosensibilisation et de risque de rupture tendineuse à l'effort.

Source : Tribbledr et al. *Traveler's diarrhea in Thailand. CID 2007, 44 ; 338-46.*

IRONIE COUPABLE

Allen J., 55 ans, a été débarqué du vol Qantas reliant Melbourne à Londres le 22 janvier au motif qu'il portait un t-shirt ironique quant au quotient intellectuel de Georges Bush. Rassurez-vous, il a été débarqué avant le décollage et non après.

NDLR : Les bonnes habitudes se perdent.



Secours : cessons de faire semblant

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

Edito « Nous avons de moins en moins de médecins volontaires opérationnels pour le secours à personne ». Cette phrase, prononcée au sein même de la DDSC, traduit hélas la réalité vérité.

A force de prôner la médecine d'aptitude, à force de vouloir faire des médecins SP de simples consultants médicaux, à force de ne pas vouloir valoriser le médecin de proximité comme intervenant déterminant du secours médical, à force de ne pas vouloir admettre qu'un SMUR hospitalier, si compétent soit-il, ne peut pas être efficace s'il met une heure à arriver sur les lieux, à force de ne pas vouloir créer un véritable bureau médical dédié au secours à personne au sein même de la DDSC, à force de ne pas vouloir élaborer une formation courte, pratique et dynamique, à force de ne jamais dire merci à ceux qui depuis des décennies œuvrent dans la plus totale discrétion au fond de leurs campagnes, on ne peut qu'aboutir à ce constat.

J'ai aussi entendu d'aucuns s'étonner du peu d'enthousiasme rencontré dans le recrutement des mé-



Alors, on continue ?

decins professionnels. Qui peut dignement accepter après 10 ans d'études d'être salarié à peine comme un bac + 2 ? Par ailleurs pour faire quoi ? Encore de la médecine du travail, mais sans en avoir la qualification. Nos instances doivent, cela devient urgent, prendre des décisions et faire des choix. Tout à fait d'accord pour que l'on ne conçoive plus le secours rural autour des médecins de proximité et que l'on *paramédicalise*, ou multiplie (autre choix) pour un coût aberrant les SMUR, mais il faut clairement le dire. Tout à fait d'accord que l'on embauche au sein des SDIS des médecins professionnels pour faire de la médecine du travail, mais alors il faut les recruter au sein de cette spécialité et cesser de faire semblant d'être des acteurs du secours. ■



Humeurs

Les urgences de Babel*

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

En ce temps-là, tout le monde se servait d'une même langue et d'une même manière de parler. Les hommes se dirent alors l'un à l'autre : « *Allons ! Faisons des briques, cuisons-les au feu et bâtissons-nous un service d'urgence dont la puissance sera telle qu'il viendra à bout de toutes les maladies et qu'il surpassera les forces de la mort. Distribuons aussi des Cartes « Vitale », pour que chacun puisse y venir consulter gratuitement jour et nuit.* ». Or Dieu descendit pour voir le service d'urgence que bâtissaient les hommes et se dit : « *Voici que tous parlent une seule langue et qu' aucun dessein ne leur sera désormais impossible. Et voici que cet ouvrage n'est que le début de leurs présomptueuses entreprises. Allons ! Opprimons les donc avec sagesse : diminuons leur salaire et rendons leur travail plus pénible. Cela confondra leur langage et ils ne s'entendront plus les uns les autres.* ». Alors le neurochirurgien parla camerounais, le praticien associé parla arabe, l'interne de garde parla roumain, le chirurgien viscéral parla libanais, l'infirmière parla espagnol, le radiologue parla par énigmes, le médecin urgentiste parla sans articuler (car il n'avait pas dormi), le psychiatre parla pour ne rien dire et le chef de service cessa de parler et se mit à compter. Alors ils ne se comprirent plus les uns les autres et se dispersèrent sur toute la face de la terre. Et ce jour où Dieu confondit leur langage, fut la fin du recours systématique aux urgences. C'est alors, et alors seulement, que les patients redécouvrirent le chemin du cabinet de leur médecin de famille.

* : Apologue (librement) inspiré de Genèse chapitre XI (déjà publié)

MICARDIS® : 24 h de puissance antihypertensive⁽¹⁾

PUISSANCE
24 HEURES



MICARDIS 40 mg
80 mg
TELMISARTAN issu de la recherche de Boehringer Ingelheim

MICARDISPLUS 80 mg
12,5 mg
TELMISARTAN 80 mg + HCTZ 12,5 mg

Dénomination et forme pharmaceutique* : Micardis® 20 mg comprimés. Micardis® 40 mg comprimés. Micardis® 80 mg comprimés. Composition* : comprimés dosés à 20, 40 ou 80 mg de telmisartan. Excipients qsp un comprimé. Indications thérapeutiques ; Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. Posologie et mode d'administration* : Adultes : La dose habituellement efficace est de 40 mg par jour en une prise. Chez certains patients, une posologie quotidienne de 20 mg peut être suffisante. Dans les cas où la pression artérielle n'est pas contrôlée à la posologie usuelle, la dose de telmisartan peut être augmentée jusqu'à une dose maximale de 80 mg en une prise par jour. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale légère à modérée ou chez le sujet âgé. L'expérience est limitée chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère ou chez les patients hémodialysés. Chez ces patients, une dose initiale plus faible de 20 mg est recommandée. En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, la posologie quotidienne ne doit pas excéder 40 mg en une prise par jour. L'efficacité et la sécurité d'emploi de Micardis® n'ont pas été établies chez les sujets de moins de 18 ans. Contre-indications ; Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Deuxième et troisième trimestres de la grossesse et allaitement. Obstruction biliaire. Insuffisance hépatique sévère. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi* : Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction*. Grossesse et allaitement*. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*. Effets indésirables*. Surdosage*. Propriétés pharmacodynamiques* : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II. Propriétés pharmacocinétiques*. Données de sécurité précliniques*. Liste I - Médicament soumis à prescription médicale. Micardis 20 mg, comprimés : EU/1/98/090/010 (28 comprimés) - CP 352 636.9, Non Remboursé SS, Micardis 40 mg, comprimés : EU/1/98/090/002 (28 comprimés) - CP 349 582.9 - [Prix : 20,72 € - CTJ : 0,74 €, remboursé SS 65% - Agréé coll.], EU/1/98/090/013 (28 x 1 comprimé) - CP 358 464.5 - Agréé coll. Micardis 80 mg, comprimés : EU/1/98/090/006 (28 comprimés) - CP 349 583.5 - [Prix : 25,11 € - CTJ : 0,90 €, remboursé SS 65% - Agréé coll.], EU/1/98/090/014 (28 x 1 comprimé) - CP 358 465.1 - Agréé coll. - Date de mise à jour du texte : 03/10/2006. Titulaire : Boehringer Ingelheim International GmbH (Allemagne). Représentant local : Boehringer Ingelheim France, 37-39 rue Boissière, 75116 Paris. Information médicale : 03 26 50 45 33. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal. Dénomination et forme pharmaceutique* : MicardisPlus® 40/12,5 mg comprimés. MicardisPlus® 80/12,5 mg comprimés. Composition* : comprimés dosés à 40 mg de telmisartan et 12,5 mg d'hydrochlorothiazide. Excipients dont sorbitol qsp un comprimé. Indications thérapeutiques ; Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. L'association à doses fixes MicardisPlus® (telmisartan 40 ou 80 mg / hydrochlorothiazide 12,5 mg) est indiquée chez les patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par le telmisartan en monothérapie. MicardisPlus® doit être pris avec de l'eau ou une autre boisson, au cours ou en dehors des repas. Il est recommandé d'adapter les doses de chacune des substances actives prises individuellement avant de passer à l'association à doses fixes. MicardisPlus® 40/12,5 mg peut être administré aux patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par Micardis® 40 mg. MicardisPlus® 80/12,5 mg peut être administré aux patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par Micardis® 80 mg. En cas d'insuffisance rénale, une surveillance périodique de la fonction rénale est recommandée. En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, la posologie quotidienne ne doit pas excéder un comprimé de MicardisPlus® 40/12,5 mg en une prise. Les dérivés thiazidiques doivent être utilisés avec précaution chez les patients dont la fonction hépatique est altérée. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez le sujet âgé. L'efficacité et la sécurité de MicardisPlus® n'ont pas été établies chez les sujets de moins de 18 ans. Contre-indications ; Hypersensibilité à l'une ou l'autre des substances actives ou hypersensibilité à l'un des excipients. Hypersensibilité à toute autre substance dérivée des sulfamides. Deuxième et troisième trimestres de la grossesse et allaitement. Cholestase et obstruction biliaire. Insuffisance hépatique sévère. Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min) Hypokaliémie réfractaire, hypercalcémie. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi* : Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction*. Grossesse et allaitement*. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*. Effets indésirables*. Surdosage*. Propriétés pharmacodynamiques* Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et diurétique. Propriétés pharmacocinétiques*. Données de sécurité précliniques*. Liste I - Médicament soumis à prescription médicale. MicardisPlus® 40/12,5 mg : (28 comprimés) : EU/1/02/213/002 / CP 359 541.3 - Prix : 20,72 € / CTJ : 0,74 €, Remboursé SS 65% - Agréé coll. ; (28 x 1 comprimé) : EU/1/02/213/003 / CP 360 855.8, Agréé coll. - MicardisPlus® 80/12,5 mg : (28 comprimés) : EU/1/02/213/007 - CP 359 543.6 - Prix : 25,11 € / CTJ : 0,90 €, Remboursé SS 65% - Agréé coll. ; (28 x 1 comprimé) : EU/1/02/213/008 / CP 360 856.4, Agréé coll. - Date de mise à jour du texte : 03/10/2006. Titulaire : Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger (Allemagne). Représentant local : Boehringer Ingelheim France, 37-39 rue Boissière, 75116 Paris. Information médicale : 03 26 50 45 33. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.

Rencontre avec Claudy Lebreton

Président de l'Association des Départements de France

Méd Col Jean-Claude DESLANDES - Directeur de la publication

Mr Claudy Lebreton, Président du Conseil Général des Côtes d'Armor est aussi Président de l'Association des Départements de France (ADF)...

Jean-Claude Deslandes : La disparité des moyens entre les départements ne risque-t-elle pas de porter atteinte au principe d'égalité des chances en tous points du territoire ?

Président Claudy Lebreton : La décentralisation c'est la différence dans l'exercice des compétences. Elle est liée à l'histoire, aux hommes et à la spécificité des territoires, mais le souci d'efficacité est le même partout. Le secours à personne représente près de 70 % des sorties des SDIS : les situations de crise et de détresse sociale se multiplient en zone urbaine comme en zone rurale. Les Présidents de Conseils généraux estiment que cette évolution pose le problème de la répartition des tâches entre le SDIS et le SAMU :

- Certains comportements, à la limite de l'incivisme, consistent à faire croire à une situation très urgente pour être rapidement secourus.
- Il faut aussi tenir compte de la crise actuelle de la médecine libérale : effondrement de la démographie médicale, crise des vocations, vieillissement des médecins dans le monde rural...

J.C.D. : Pourquoi pas une charte minimale de secours à personne ?

C.L. : C'est une idée intéressante. En effet, si pour chaque secours à personne on ne fait appel qu'aux SP, on va devoir faire face à de nombreuses difficultés opérationnelles et financières. De plus, les présidents de Conseils généraux et de conseils d'administration de SDIS rappellent que les SP n'ont pas pour mission de faire du transport sanitaire secondaire. Là encore il faut établir une juste complémentarité avec les ambulanciers libéraux prêts à assumer des missions de service public.

J.C.D. : Le secours à personne fait-il objet de débats lors des réunions des Présidents de Conseils Généraux ?



C.L. : Oui ce thème est régulièrement abordé. Ainsi le Président du Conseil d'administration du SDIS de la Gironde nous indiquait que, pour environ 14000 sorties de SP effectuées l'an dernier à la demande du SAMU, 30% seulement ont donné lieu à une prise en charge financière par le budget du SAMU ... Il faut donc mieux définir les missions des différents intervenants. En attendant, ces missions doivent être remplies et elles le sont, dans leur très grande majorité, par les SP.

Les relations entre les centres de traitement de l'alerte (CTA) des centres opérationnels départementaux d'incendie et de secours (CODIS), les médecins régulateurs et les équipes déployées sur place font également l'objet de discussions. J'ai personnellement souhaité qu'un groupe de travail national sur ce thème soit constitué, à l'initiative de l'ADF, avec la Direction de la défense et de la sécurité civile, la Fédération nationale des sapeurs pompiers de France et les représentants des SAMU.

J.C.D. : Pensez-vous que les Conseils généraux puissent proposer des solutions, notamment avec des aides à l'installation pour les jeunes médecins ?

C.L. : La santé publique n'est pas une compétence des collectivités locales mais demeure de la res-

ponsabilité de l'État. Pour autant les élus locaux ne peuvent rester indifférents aux problèmes posés par la désertification médicale qui frappe le monde rural et certaines zones urbaines difficiles. Depuis quelques années on voit donc se développer des initiatives prises par des communes, souvent des communautés de communes, avec l'appui des conseils généraux. Elles visent à encourager le regroupement de médecins et de professionnels de la santé dans des maisons médicales construites par ces collectivités et louées ensuite aux praticiens. C'est une forme d'incitation à l'installation de jeunes médecins qui hésitent à investir dans l'immobilier et qui ne souhaitent pas exercer seuls. Comme élus locaux, nous faisons preuve d'initiative et de volontarisme mais nous avons conscience des limites de nos actions : la démographie médicale, l'encouragement à exercer la médecine générale, continuent de relever de l'Etat qui fixe chaque année les « numerus clausus ».

J.C.D. : La permanence des soins est de moins en moins une réalité. Les médecins sapeurs pompiers peuvent-ils représenter une solution à ce problème ?

C.L. : Je n'accepte pas l'idée que la réduction ou la disparition de la permanence des soins soit une fa-

talité ! Il appartient à l'Etat et à ses Préfets d'organiser les services de garde médicale, y compris par la réquisition. Je sais qu'on peut compter sur les médecins SP pour participer à l'organisation de cette permanence. Mais il n'est pas possible de faire porter la responsabilité de toute cette organisation sur les seuls 3SM.

J.C.D. : Le préfet est responsable des secours et le conseil général est l'organisme financier. N'est-ce pas là une source de conflit ?

C.L. : Cette double responsabilité existait avant la départementalisation. Il est légitime que l'État s'engage pour assurer la sécurité des personnes et des biens. C'est pourquoi l'opérationnel incombe au Préfet. La coordination des services s'effectue généralement sans conflit et la majorité des Présidents de Conseils généraux ne demandent pas à assumer cette responsabilité. En revanche, on a pu observer que les relations sont parfois tendues lorsqu'il s'agit de gérer les SDIS et en particulier lorsqu'il faut déterminer les relations financières entre les départements et l'État.

J.C.D. : Quelques mots pour conclure ?

C.L. : Je peux témoigner dans mon département du dévouement et du sens des responsabilités dont font preuve les membres du 3SM qui acceptent de consacrer beaucoup de temps et d'énergie au service des SP et de la population. Je les remercie chaleureusement et, au nom de l'ADF, je leur renouvelle la confiance de tous les élus départementaux. Ils font partie de la grande famille des SP, et comme leurs camarades, ils donnent à l'expression « service public » ses lettres de noblesse. ■

Assemblée des Départements de France (ADF) :

C'est en 1946 qu'a été créée l'Association des Présidents de Conseils généraux (APCG) et c'est en 1999 qu'elle a changé d'appellation pour devenir l'ADF. C'est une association « loi 1901 » qui réunit les 102 Présidents de Conseils généraux de métropole (96) et d'outre mer (6). Plus d'informations sur son site : www.departement.org



Propaq® LT, la solution la plus innovante dans le monde du monitoring

Si petit qu'il tient dans la paume de la main.

Il s'adapte à toutes les situations : Transport, Urgences, Intra Hospitalier.

Il est aussi une combinaison idéale avec notre DAE: l'AED10
Léger (904 g & 1,6 kg) petit (130 x 183 x 53 mm) intuitif – résistant (75 G)

Pour avoir des informations complémentaires au sujet de ce nouveau dispositif
notre service client se tient à votre disposition au **01 60 09 33 66**

Vous l'avez demandé nous vous offrons la solution



*La combinaison Propaq LT
AED 10 de Welch Allyn*

WelchAllyn®

Advancing Frontline Care™

www.welchallyn.fr

Michel Barnier :

Vers une force européenne de protection civile ?

Philippe LEYMARIE - Correspondant 3SM-Mag



Invité d'honneur du colloque sur « l'appui international pour catastrophes », organisé à l'Ecole du Val de Grâce, à Paris, le 12 janvier 2007, l'ancien ministre et commissaire européen Michel Barnier a exposé son projet d'une force européenne de protection civile, baptisée « EuropAid », qu'il cherche à faire entrer dans les faits.

L'IDÉE « D'EUROP AID » FAIT SON CHEMIN

L'ancien ministre, qui a présenté son rapport à la Commission européenne, à Bruxelles, en mai 2006, estime que l'idée « d'Europ Aid » fait son chemin. Il constate qu'il y a actuellement « juxtaposition des interventions d'urgence », dans les divers pays européens. Son expérience, en tant que Ministre de l'Environnement et de la Prévention des risques naturels, puis de commissaire européen – lors des séismes en Turquie et en Grèce, par exemple – avait consisté en conciliabules entre capitales, sur le mode du « *Qu'est-ce qu'on fait ?* » ; et débouché le plus souvent sur du « *Rien !* »...

POUR POUVOIR « PARTIR ENSEMBLE »

Michel Barnier affirme que, dès la fin des années 90, il songeait à la création d'un fonds européen de solidarité, et à une organisation mutualisée, entre pays-membres de l'Union, pour pouvoir « partir ensemble ». En août 2002, période d'inondations en Europe centrale et en Allemagne, un fonds a été abondé, à raison d'un milliard d'Euros, pour faire face à des catastrophes au sein de l'Union européenne. Un premier dispositif de suivi (« monitoring ») a été mis en place. Mais, lorsque qu'est survenu le tsunami du 26 décembre 2004 en Asie, celui qui était alors ministre des Affaires étrangères, chargé d'une mission de coordination européenne, se rend sur place : il constate l'arrivée d'avions sans coordination, l'improvisation dans l'urgence avec perte de temps, l'argent dépensé à tort et à travers, l'absence de visibilité de l'Union européenne en tant que telle...

12 PROPOSITIONS

C'est en s'appuyant sur cette expérience plutôt négative que Michel Barnier formule ses « 12 propositions ». Il part d'un constat : les changements climatiques, amplifiés par les pollutions d'origine humaine, déclenchent des phénomènes de plus en plus nombreux et dangereux ; sur 40 catastrophes depuis quinze ans, 18 ont touché plus ou moins directement l'Europe – on évoque là des événements de type supra-national, face aux quels un pays ne peut agir seul : tsunami ou séismes terrestres, pandémies, grandes inondations ou incendies, catastrophes maritimes, accident dans l'industrie chimique ou nucléaire, voire « 11 septembre européen »...

le même immeuble que le Central opération militaire de l'Union européenne. Il serait constitué à partir de la petite équipe actuelle du Mécanisme de la Protection civile (MIC). Ce centre serait relié aux réseaux mondiaux d'alerte et d'observation et réagirait en fonction des scénarios et protocoles établis pour chaque type de crise.

PRINCIPE DE DOUBLE SUBSIDIARITÉ

Selon M. Michel Barnier, cette activité devrait respecter un principe de double subsidiarité : celle de l'Organisation des Nations unies et celle de la compétence des Etats-membres ou des régions constituées. Sous l'autorité du conseil des ministres de l'Union, la Com-



PRÉPARER LA RÉPONSE EN AMONT

Pour réagir correctement, la clé est d'avoir su préparer la réponse en amont – d'où la création nécessaire, selon l'ancien ministre, d'un Centre opérationnel de veille et de réponse aux crises, qui devra être logé à Bruxelles, si possible dans

mission recenserait les moyens offerts par les pays-membres ; ils seraient ventilés selon les scénarios et protocoles. Cette mise en commun des matériels et des hommes aboutirait à la création de fait d'une force européenne. Ce grand connaisseur des affaires européennes suggère, com-

me un préalable, « d'apprendre à travailler ensemble » ce qui peut se faire au sein d'une école, base ou centre d'entraînement. Il considère que, pour avancer sans attendre forcément l'agrément des « 27 », on peut fonctionner sur le mode de la « coopération renforcée », à l'image des militaires ou des sapeurs-pompiers du Sud européen. Autre idée de l'ex-ministre : les départements et territoires français d'outre-mer, comme possibles bases d'appui ; la mutualisation des réseaux consulaires des pays-membres de l'Union.

CONSEIL DE SÉCURITÉ CIVILE

Sur le plan institutionnel, Michel Barnier propose la création d'un Conseil de sécurité civile, qui devrait prendre les décisions nécessaires dans un délai de quelques heures. Il comprendrait le président du Conseil européen, celui de la Commission, le Haut-représentant pour la politique étrangère et le chef d'état-major militaire de l'Union européenne. Il insiste sur le fait qu'il ne s'agira « pas d'une « force européenne fédérale », mais d'une force mutualisée construite sous le label « Europaid », à partir de moyens prépositionnés ».

PAS D'EXCUSE À NE PAS AGIR

L'ancien ministre français s'interroge sur la question du commandement du Centre opérationnel ou de la force de secours ; il ne mésestime pas les possibles lourdeurs administratives, qu'il faudra combattre, pour ne pas risquer d'introduire « un délai supplémentaire dans le déploiement de l'action d'urgence ». Il rappelle que ce dispositif « international » ne dispenserait pas les pays-membres de poursuivre la mise en œuvre de leurs propres politiques nationales d'urgence ; et il ne se cache pas que son projet rencontre des résistances, certains pays demandant « qui paie ? », d'autres souhaitant élargir à tous types de crises, ou certains s'en remettant plutôt à l'Otan - l'organisation transatlantique, en mal de vocations. Mais, pour l'ancien ministre, « étant donné la multiplication des dangers, il n'y a pas d'excuse à ne pas agir ».

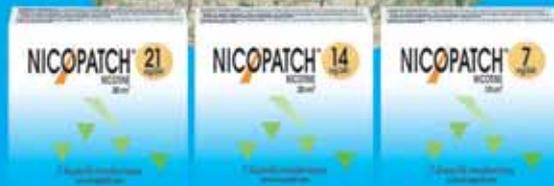
NICOPATCH®

NICOTINE

DISPOSITIF TRANSDERMIQUE



LA LIBERTÉ DE NE PLUS FUMER



www.nicopatch.com

DÉNOMINATION : NICOPATCH 7 mg/24 h, dispositif transdermique, NICOPATCH 14 mg/24h, dispositif transdermique, NICOPATCH 21 mg/24 h, dispositif transdermique. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE.** Par dispositif : Nicopatch 21 mg/24h : S(-) Nicotine : 52,5 mg/30 cm². Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 35 mg/20 cm². Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 17,5 mg/10 cm². Par boîte de 7 : Nicopatch 21 mg/24h : S(-) Nicotine : 367,5 mg. Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 245 mg. Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 122,5 mg. Par boîte de 28 : Nicopatch 21 mg/24h : S(-) Nicotine : 1470 mg. Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 980 mg. Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 490 mg. Excipients : Copolymère de méthacrylates alcalin (eudragit E 100). Enveloppe externe : film polyester. Couche de la matrice : duratak 280-2516, miglyol 812, eudragit E 100. Support non tissé : papier 26 g/m². Couche adhésive : duratak 280-2516, miglyol 812. Feuille de protection détachable : film polyester aluminé silicé. **FORME PHARMACEUTIQUE :** dispositif transdermique. **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. Posologie et mode d'administration**** : réservé à l'adulte (à partir de 15 ans). Posologie : le degré de dépendance à la nicotine sera apprécié par le nombre de cigarettes consommées par jour ou par le test de Fagerström. Score de 5 ou plus au test de Fagerström ou Fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour. Phase initiale 3 à 4 semaines : NICOPATCH 21 mg/24h. Suivi de traitement 3 à 4 semaines : NICOPATCH 14 mg/24h ou NICOPATCH 21 mg/24h*. Sevrage thérapeutique 3 à 4 semaines : NICOPATCH 7 mg/24h ou NICOPATCH 14 mg/24h puis NICOPATCH 7 mg/24h*. Score inférieur à 5 ou Fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour. Phase initiale 3 à 4 semaines : NICOPATCH 14 mg/24h ou augmentation à NICOPATCH 21 mg/24h*. Suivi de traitement 3 à 4 semaines : NICOPATCH 14 mg/24h ou NICOPATCH 7 mg/24h***. Sevrage thérapeutique 3 à 4 semaines : NICOPATCH 7 mg/24h ou arrêt du traitement**. *Selon les résultats sur les symptômes de sevrage. ** En cas de résultats satisfaisants. La durée du traitement est d'environ 3 mois mais peut varier en fonction de la réponse individuelle. Mode d'administration : il est recommandé d'appliquer le dispositif sur une surface de peau sèche sans lésion cutanée et où la pilosité est rare. Un nouveau système sera appliqué toutes les 24 heures sur un site d'application différent du site précédent. Contre-indications : non fumeur ou fumeur occasionnel. Hypersensibilité à l'un des constituants. Affection cutanée pouvant gêner l'utilisation d'un dispositif transdermique. Mises en garde et précautions particulières d'emploi**** : pour garantir les meilleures chances de succès, l'utilisation de ce médicament doit s'accompagner d'un arrêt total de la consommation de tabac. Utiliser avec précautions en cas de : - insuffisance hépatique et/ou rénale sévère, - ulcère gastrique ou duodénal en évolution. Ne laisser en aucun cas ce dispositif à la portée des enfants même après utilisation. En cas de réaction cutanée sévère ou persistante, il est recommandé d'arrêter le traitement et d'utiliser une autre forme pharmaceutique. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions**** : le tabac peut par un processus d'induction enzymatique modifier les concentrations sanguines de certains médicaments, tout comme la nicotine. L'ajustement des posologies et une surveillance étroite sont nécessaires. Grossesse et allaitement : Grossesse : favoriser l'arrêt complet de tabac sans traitement de substitution. Chez une fumeuse très dépendante, il est conseillé de faire appel à une consultation spécialisée. Prendre en compte les effets de la nicotine sur le fœtus. Allaitement : déconseillé. Effets indésirables : Effets indésirables systémiques : palpitations, étourdissements, céphalées, nausées, vomissements, insomnies, troubles de l'orientation. Effets indésirables locaux : possibilité d'érythème et prurit au point d'application, plus rarement œdème, sensation de brûlure. - Une augmentation de l'apparition d'aphtes buccaux peut survenir après l'arrêt du tabac. Surdosage****. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES****.** Propriétés pharmacodynamiques : MÉDICAMENT DU SEVRAGE TABAGIQUE (N : système nerveux). **PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** 30 cm² (21 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 700 0. Boîte de 7 : AMM 334 696 3. 20 cm² (14 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 695 7. Boîte de 7 : AMM 334 692 8. 10 cm² (7 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 691 1. Boîte de 7 : AMM 334 688 0. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** médicament non soumis à prescription. Non remboursé Séc. Soc., agréé aux collectivités. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE GÉNÉRALISER :** généralement atteinte en 30 minutes. **PRÉSENTATION ET NUMÉRO 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 DÉLIVRANCE :** 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-92100 Boulogne. **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** Juillet 2004. *pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal®.



Evoluer, se structurer, anticiper !

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



Evoluer, se structurer, anticiper, tels sont les objectifs que la commission santé fédérale s'est fixée lors de sa dernière assemblée. En effet, si le domaine réglementaire et organisationnel est resté dominant dans les préoccupations des délégués régionaux, un souci de progresser dans le domaine scientifique et technique est apparu avec une volonté de se structurer au travers d'entités nouvelles. Ainsi la création d'un Collège Scientifique a semblé essentielle

pour garantir au 3SM une vitrine et une tribune au même titre que les autres sociétés représentatives de la médecine extrahospitalière. Ce Collège Scientifique doit proposer des textes et des protocoles de consensus et offrir des choix techniques novateurs aux praticiens acteurs du terrain quelles que soient leurs fonctions. Ce collège doit également, dans le cadre d'une réforme du secours à personnes proposée par la Fédération, être le garant d'un savoir partagé et enseigné dans notre école d'application de l'EN-

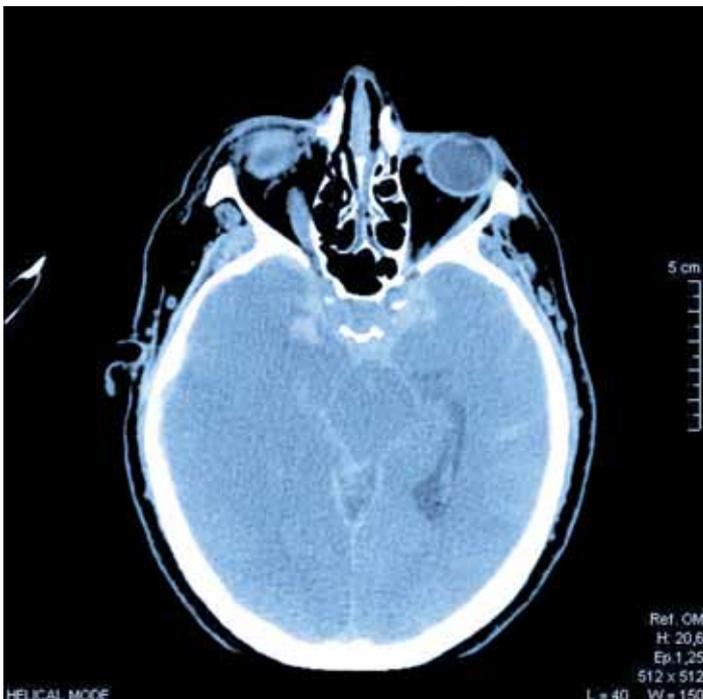
SOSP d'Aix les Milles. Cette volonté manifeste de devenir les acteurs d'une science adaptée permettra sans aucun doute une valorisation de nos services et sera une source d'attraction pour les membres du 3SM avides de connaissances nouvelles. Collège fédéral associé à une veille scientifique : tel est aujourd'hui notre challenge pour apporter encore et toujours le meilleur aux victimes que nous prenons en charge qui attendent du 3SM et des SDIS, le savoir, les techniques et la disponibilité. ■

Des engagements à concrétiser

Jeudi 29 mars, la Fédération a rencontré la DHOS et la DDSC à propos de l'arrêté du 12 février relatif aux médecins correspondant du SAMU, publiée unilatéralement par le Ministère de la Santé. Au cours d'échanges francs, ouverts et sans concession, la fédération a fait plus particulièrement apparaître deux points :

- La demande fédérale, exprimée par le colonel Vignon, d'une circulaire Santé / Intérieur, invitant les préfets à engager des négociations dans leur département afin de veiller à ce que l'implantation territoriale des médecins correspondants du SAMU ne vienne pas inutilement doubler la présence des médecins du 3SM.
- La résolution exprimée par Mme Podeur, directrice de la DHOS, de plafonner le niveau d'indemnisation des médecins correspondant du SAMU au niveau du tarif conventionnel pratiqué par la sécurité sociale, en réponse à une préoccupation fédérale d'éviter toute disproportion avec celui des médecins du 3SM. ■

Quel est votre diagnostic ?



Lors d'un EPU organisé par votre médecin chef préféré (et non moins respecté) cette image de scanner vous est présentée. L'histoire clinique nous dit qu'il s'agit d'une jeune femme de 40 ans, sans antécédents notoire, vivant à la campagne dans une ferme isolée, et qui a présenté un coma brutal après des épisodes de céphalées de plus en plus intenses. Le médecin SP dépêché sur les lieux a, constatant un Glasgow à 7, pratiqué une intubation oro-trachéale. Que vous évoque cette image dans ce contexte, et surtout la présence de zones hyperdenses en frontal ? Quel est le diagnostic probable ? ■

Réponse : Images hyperdenses liées à une hémorragie méningée par rupture d'anévrisme.

Congrès ISP

18 & 19 MAI, LES 3^{ÈMES} JOURNÉES NATIONALES DES INFIRMIERS SAPEURS-POMPIERS

A l'heure où le SAP est en pleine mutation, la place des ISP doit être réaffirmée. C'est pourquoi l'ANISP en fait le thème dominant de ses troisièmes journées, au travers d'un grand débat national réunissant les principaux acteurs de l'aide médicale urgente. Ces journées sont désormais un événement majeur de la vie du 3SM et plus particulièrement pour les ISP qui les composent. Ces deux journées sont un moment privilégié de rencontres et d'échanges entre les ISP francophones. Des présentations professionnelles auront lieu autour des différentes facettes du métier d'ISP : médecine préventive et d'aptitude, soutien sanitaire aux opérations, activités opérationnelles, situations d'exception...



De plus, des ateliers pratiques de formation continue seront proposés aux participants. Sur place, se tiendra le forum des exposants permettant aux acteurs de l'AMU et du SAP de rencontrer nos partenaires commerciaux et de découvrir les dernières innovations et les équipements mis sur le marché. Ce sont près de 400 infirmiers, médecins, SP et étudiants qui sont attendus les 18 et 19 mai 2007 à Clermont-Ferrand à la Grande Halle d'Auvergne. Programme détaillé de cette manifestation (conférences scientifiques et ateliers), renseignements et inscriptions sur le site de l'ANISP : www.infirmiersapeurpompiers.com

Lu pour VOUS

AU COEUR DES FLAMMES,
un double livre sur les feux de forêt en France.

Sébastien Hrebly et l'agence SHRFI, en collaboration avec Soldats du feu magazine, viennent de sortir « Au cœur des flammes », un magnifique ouvrage consacré aux feux de forêt. Il s'agit d'un double-livre, monté en recto-verso, composé d'une enquête richement imagée et d'un album photos. Ce livre, de qualité, illustré de plus de 150 photographies est à notre connaissance le seul ouvrage consacré exclusivement aux feux de forêt.

140 pages

Format : 22 cm X 21,5 cm

A découvrir et à commander sur www.shrfi.com (22 euros + port)



Le circuit du médicament vétérinaire

Drs Arlette VIALA (pharmacien SDIS 78) et Jean-François ROEDER (Vétérinaire SDIS 78)

D'après une communication au congrès Secours Santé 2006

L'existence de pharmacie à usage intérieur (PUI) dans un nombre de plus en plus grand de départements oblige à s'interroger sur la pertinence de l'intégrer dans le circuit du médicament vétérinaire.

Ce circuit se compose évidemment des étapes suivantes :

- **Approvisionnement** : soit le vétérinaire sapeur-pompier s'approvisionne lui-même sur ses propres stocks, soit il fait appel à la pharmacie à usage intérieur puisque le pharmacien est un « ayant droit » de s'approvisionner aussi bien directement auprès des producteurs que par l'intermédiaire d'une centrale d'achat.

Chaque système a bien évidemment ses avantages et ses inconvénients.

- **Délivrance** : Le vétérinaire sapeur-pompier prescrit et délivre. S'ensuit donc le problème de la facturation. Le fait d'impliquer la pharmacie à usage intérieur dans l'approvisionnement et la délivrance



© Eric Torres

peut administrer le médicament, mais cette administration n'en reste pas moins sous la responsabilité du vétérinaire.

- **Traçabilité** : Il est important de renseigner les fiches d'intervention, notamment en indiquant le numéro de lot de chaque produit utilisé.

Il serait dommage, dans les départements où cela est possible, de passer à côté de la souplesse et de la transparence que peuvent procurer les services de la pharmacie à usage intérieur, sans préjuger de ce que cela peut apporter au point de vue des relations humaines entre les différentes composantes du service de santé et de secours médical ainsi que de la reconnaissance du rôle du vétérinaire au sein de celui-ci. ■

ce du médicament vétérinaire peut être un facteur de transparence non seulement vis-à-vis du service mais aussi en ce qui concerne tout litige potentiel avec les administrations, voir avec des confrères...

- **Administration** : Seul le vétérinaire est en principe habilité à détenir et utiliser un médicament vétérinaire. Dans le cas particulier de la téléanesthésie, une tierce per-

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 Médical S.A.S 4, rue Louis Pasteur F-67162 Wissembourg Cedex
Tel : +33 3 88 63 36 00 Fax : +33 3 88 94 12 82 Email : info@schiller.fr



10^{èmes} Journées du 3SM

Service de Santé et de Secours Médical

Gruissan 16-18 novembre 2007



© Philippe Franc (SDS 11)

Du 16 au 18 novembre 2007, Urgence Pratique Formation et l'Union Départementale de l'Aude organisent les 10^{èmes} Journées du 3SM. Ces Journées succèdent à Mont de Marsan, premières du nom (merci encore Christian) Aurillac, Strasbourg, Angoulême, Saint Denis de la Réunion, Amiens, Ajaccio, Forges les Eaux, Argelès. Autant de rencontres chaleureuses, autant de conférences professionnelles passionnantes, autant d'échanges confraternels fructueux.



© Philippe Franc (SDS 11)

Rappelons que c'est à l'occasion de l'une de ces journées, à Angoulême, que s'est tenu le tout premier Forum infirmier. Pour Gruissan le Comité Scientifique a décidé d'innover, en vous proposant une pleine demi-journée entièrement consacrée aux ateliers ainsi qu'à une séance de communications libres. Il nous semblait important de ne pas vous imposer un choix cruel entre des conférences de haut niveau et un atelier important pour votre pratique. Pour les communications libres l'appel à vos travaux est ouvert : 3smgruissan@urgence-pratique.com

Par ailleurs, nous avons souhaité assurer une continuité avec les Journées Santé Fédérales, et c'est le même Comité Scientifique qui sera désormais activé pour toutes ses manifestations. Rassurez-vous : ce comité, sans exclusive aucune, est ouvert à toutes les bonnes volontés.



© Philippe Franc (SDS 11)

Pré-Programme Scientifique

Vendredi 16 novembre 2007

14h30 - 16h30

« Traumatologie » :

- Les traumatismes médullaires : comment bien faire en préhospitalier ?
- Monitoring en préhospitalier : pourquoi et comment ?
- Prise en charge du choc hémorragique
- Traumatisme thoracique fermé : les messages en préhospitalier

17h00 - 19h00

« Ruralité » :

- Accidents de chasse : le point de vue du premier intervenant
- Accidents de chasse : le point de vue du chirurgien
- Télé-anesthésie
- Je suis le premier intervenant sur les lieux d'un ACEL.

Samedi 17 novembre 2007

8h30 - 10h00

« Soutien sanitaire » :

- Les contraintes physiologiques de EPI incendie.
- Hydratation du pompiers lors d'un incendie
- Méthode de surveillance optimal du SP sous ARICO et ARICF.

10h30 - 12h00

« Organisationnel » :

- La problématique des rassemblements de foule en milieu ouvert type rave party
- Les nouveaux GNR de secourisme, quels changements ?
- Evolution de la place de l'ISP dans l'Aude depuis 10 ans.

12h00 - 13h00

« Démonstration » : autour des feu de forêts (JY Bassetti, SDS11)

14h00 - 18h00

- Assurance et responsabilité
- Transmission radio
- Les recommandations AHA-ERC dans l'arrêt cardiaque
- Faire et comprendre l'ECG/1
- Faire et comprendre l'ECG/2
- Gestion des voies aériennes
- Atelier accouchement
- Les sources d'information en risque chimique

14h00 - 18h00 :

« Communications libres »

Dimanche 18 novembre 2007

8h30 - 10h00

« Pédiatrie »

- Analgésie et enfant traumatisé
- Les détresses du nouveau né
- Trucs et astuces de l'accouchement en préhospitalier

10h30 - 12h30

« Traumatologie II »

- Analgésie d'une fracture du fémur
- Les brûlures thermiques
- Les morphiniques

Les animateurs du Comité scientifique : Fabien TRABOLD, Francis LEVY, Michel WEBER, Jean-Gabriel DAMIZET, Daniel MATHE, Thierry FUZELLIER, Michel BLANCHE, Olivier BAPTISTE, François JOLY, Vincent AUDFRAY, Pierre LEDREFF, Claude FUILLA, Sandra ROSSI, Jean-Yves BASSETTI, Henri JULIEN, Jean-Claude DESLANDES, Thierry GRAS, Thierry DULION.

Informations / Inscriptions sur le site internet : www.urgence-pratique.com (rubrique congrès)



© Eric Torres.

Un après-midi ordinaire dans les Cévennes

AKIM-Mag

« Depuis une heure, j'ai très mal à la tête. Cela devient atroce. J'ai peur. Viens chez moi ». Voilà le dernier appel d'une jeune femme à sa voisine.

La voisine accourt pour trouver son amie allongée sur le sol de sa cuisine, inconsciente. La scène se passe dans un village magnifique et perdu en plein cœur des Cévennes. Le centre de secours est à une heure de route. Le temps, en ce début février est bouché sur les sommets, ce qui obère toute évacuation aérienne. AKIM 3SM Mag est déclenché. La jonction se fait quelque part dans

une forêt de châtaigniers. Le premier bilan secouriste donnait : TA 16/7 cmHg, pouls 40 bpm, respiration à 20/min., SaO₂ 98% sous oxygène 9 l/min, dextro à 3g. Pas d'antécédents. Ne répond pas aux ordres simples. Ce bilan est inchangé. Je note une anisocorie. Le Glasgow est à 6. Vous avez fait, comme moi, le diagnostic : hypertension, bradycardie, troubles métaboliques centraux, coma chez

une personne jeune en dehors d'un contexte traumatique. Il s'agit d'une hypertension intracrânienne, probablement par hémorragie en relation avec une rupture d'anévrisme. La conduite à tenir en pré-hospitalier est simple : sédation, intubation, ventilation en normocapnie. Ceci n'empêchera pas la souffrance cérébrale de s'aggraver durant le transport avec apparition d'une mydriase bilatérale. Le scanner confirme l'hémorragie. Elle est massive. Le neurochirurgien l'estimera au-delà de toute ressource opératoire. La plupart des équipes ont d'ailleurs renoncé à opérer les Glasgow bas devant ce type de lésion.

Petite histoire dans l'histoire de cette pauvre patiente, durant le transfert, au moment où l'ambu-

lance traversait la sous-préfecture locale, le régulateur du SAMU demande à AKIM 3SM s'il peut jeter un coup d'œil au sous-préfet qui vient d'appeler pour une douleur thoracique ! L'ambulance n'a que 500 mètres à faire, un équipage sapeur pompier est déjà là, le sous-préfet est pâle, il décrit une douleur rétrosternale constrictive typique irradiant vers l'épaule et le bras. L'électrocardiogramme que les SP viennent de réaliser est typique d'un IDM aigu. Vous connaissez MONA (morphine, oxygène, nitrés, aspégic). Elle est appliquée en quelques instants. Entre temps un médecin généraliste est arrivé, et je lui confie le sous-préfet pour une jonction avec le SAMU pendant que je reprends la route vers le scanner. ■

PROCÉDÉ PORTABLE DE DÉCONTAMINATION PAR AÉROSOL POUR LE SECOURS MÉDICAL D'URGENCE

TRANSPORTS SANITAIRES - UNITES MEDICALES MOBILES - CASERNEMENTS

Les micro-particules (5µ) d'oxygène générées [radicaux libres ionisés] agissent par oxydation de la membrane cellulaire des micro-organismes et provoquent leur destruction instantanée. Ce brouillard « sec » invisible et désinfectant à un spectre d'action complet :

Bactéricide, Virucide, Fongicide, Sporicide

(Efficace notamment sur BK, H5N1, CLOSTRIDIUM 027)

Il est biodégradable, non toxique, non corrosif.

INTÉRÊTS SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES:

- Désinfection/désinsectisation de la cellule sanitaire dans le cadre des pratiques régulières et après chaque transport d'un patient à risque.
- Gain de temps sur les vacations de désinfection et amélioration de leur portée.
- Réduction du temps d'immobilisation des véhicules sanitaires.
- Limitation des risques nosocomiaux avec les établissements médicaux (contaminations croisées).



OXY' PHARM® 917 rue Marcel Paul, 94500 Champigny-sur-Marne Tél: 01 48 53 42 95 - 06 62 47 93 71- chrisjoubert@tiscali.fr

Sur la voie de la performance

ACLS à Beaune, les 8 et 9 décembre 2006

La RÉDACTION

Un nouveau cours ACLS a été dispensé à 22 médecins sapeurs pompiers volontaires et cela grâce au soutien éducatif des Laboratoires Boehringer Ingelheim. Cette fois-ci c'était à Beaune. L'enthousiasme des confrères à la fin du cours traduisait bien leur conscience d'avoir acquis un niveau d'expertise élevé dans la prise en charge des urgences cardiologiques.

En quatre ans, ce sont près de 1200 médecins qui ont été ainsi formés. Ces acquis de connaissance par les médecins de proximité augmentent le niveau global de l'Aide Médicale Urgente, c'est évident, mais facilitent aussi grandement le travail des confrères réguliers des centres 15 qui sont assurés d'un niveau d'intervention validé et reconnu de leurs correspondants.

• Dr Bernard Plantevin M.G. en Ardèche

Une formation qui complète parfaitement mes connaissances en cardiologie d'urgence. Notre isolement nous donne une obligation de savoir. Encore récemment, j'ai eu à défibriller un patient qui venait consulter pour une douleur précordiale, et auquel j'étais en train de faire un ECG. Heureusement notre cabinet de groupe c'était doté d'un DSA !



• Dr Christian Valero

MG dans la Hte Vallée de l'Aude

Un cours dense et complet qui va m'aider dans ma pratique. Beaucoup de mes connaissances ont été remises à niveau. Je pense avoir plus d'assurance dans ma pratique. L'enthousiasme est toujours là.

• Dr Michel Roca

MG dans le Calvados / Médecin Chef

J'avais envie de me mettre à niveau, et je ne suis pas déçu. Je

cherchais aussi une formation adaptée pour mes médecins et infirmiers. J'ai trouvé !

Nous avons eu la visite du Professeur Yves Cottin, Chef de Service de cardiologie à Dijon. Il a observé le cours avec beaucoup d'attention, et en a grandement apprécié la pertinence. « J'aimerais beaucoup pouvoir en faire bénéficier mes internes, mais aussi chacun des internes en médecine de l'hôpital »

Oxy'pharm

Décontamination par aérosol adaptée au secours d'urgence

La société OXY'PHARM propose du matériel de désinfection qui peut être intéressant pour les surfaces de travail des sapeurs-pompiers et notamment les matériels et revêtements intérieurs des VSAV. Le principe repose sur l'utilisation d'un couple appareil de désinfection (Nicospray) / produit désinfectant (Nicolyse). Le liquide désinfectant est aérosolisé et propulsé par la turbine de l'appareil à 80 m/s à une température de 37°C. Les micro-particules (5µ) d'oxygène générées (radicaux libres ionisés) agissent par oxydation de la

membrane cellulaire des micro-organismes et provoquent leur destruction instantanée. Ce brouillard « sec » invisible et désinfectant a un spectre d'action complet : bactéricide, virucide, fongicide, sporicide (efficace notamment sur BK, H5N1 et Clostridium O27). Il est biodégradable, non toxique,



non corrosif. L'aérosol se dépose de façon uniforme et désinfecte chaque centimètre carré de surface (sol, parois, plafond...) y compris les plus irrégulières ou les plus difficilement accessibles : chariots brancards, coquilles, moniteurs, placards, tiroirs, trousse...

Des tests effectués par des pharmaciens de SDIS sont en cours. De nombreux hôpitaux sont déjà équipés de tels dispositifs.

Informations complémentaires auprès de Christian Joubert : christjoubert@tiscali.fr ou sur le site : www.oxypharm.net

Lu pour VOUS

COMMENT NE PAS MOURIR MALADE ET IDIOT À LA FOIS

Dr Jean-Marie HAEGY



Après avoir dirigé le service d'accueil des urgences des Hôpitaux civils de Colmar pendant 20 ans, le docteur Jean-Marie Haegy a décidé de raccrocher au clou ses gants de latex. A l'heure où plupart de ses confrères quittent le ring de l'urgence en murmurant du bout des lèvres quelques propos dont la fadeur le dispute au politiquement correct, notre confrère laisse au contraire derrière lui un ouvrage, à la manière d'un tuberculeux qui se soulage en crachant dans un haricot. Un livre génial et décalé qui fait - non sans humour ni tendresse - l'autopsie de notre système de santé et de ses multiples dysfonctionnements. Dans un style accessible à tous, l'auteur qui sait parfaitement appuyer là où ça fait mal, nous offre une diatribe clairvoyante et pleine de (mauvais) esprit dans laquelle personne n'est épargné. A découvrir absolument. Editions du panama
Format : 14 x 21 cm, 264 pages
Prix : 17 euros

Entendu pour VOUS

IDE & SDIS

Samu de France demande que les problèmes posés par les recrutements à titre de sapeur-pompier volontaires d'infirmiers hospitaliers soient le plus rapidement possible examinés conjointement par les Ministères concernés, à savoir la Santé et l'Intérieur. Affaire à suivre...

Le Laryngotube™

Contrôle des voies aériennes par les paramédicaux

P. RAMIARA, A. POLYCARPE, JP. CARPENTIER - DARU, HIA Laveran, BP 50 13998 Marseille Armées
S. BÉNÉFICE, E. MEAUDRE - DAR, HIA Sainte Anne, 83998 Toulon Armées

Les personnels paramédicaux des armées, infirmiers et brancardiers secouristes, sont formés aux gestes de secourisme et à la ventilation au BAR. Une étude a été réalisée pour évaluer la facilité d'utilisation d'un dispositif supra-laryngé : le Laryngotube™ par du personnel paramédical afin d'envisager sa mise à disposition dans les unités opérationnelles.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le Laryngotube™ (LT) est un dispositif supra-laryngé constitué d'une tube unique munie de deux ballonnets entre lesquels se trouve un orifice pour la ventilation. Les ballonnets sont gonflés en même temps. La mise en place oesophagienne du LT est nécessaire pour permettre la ventilation. Un orifice accessoire pour la mise en place d'une sonde gastrique est disponible. Le LT possède 2 mécanismes de protection vis à vis de l'inhalation : le ballonnet œsophagien assure une étanchéité par une pression de fuite élevée et une vidange gastrique de l'estomac par sonde gastrique est possible.

Cette étude prospective, non randomisée, a été effectuée avec l'accord des patients au cours d'une mission de 2 mois dans le cadre d'une antenne chirurgicale à N'Djaména (Tchad). 25 patients devant bénéficier d'une chirurgie réglée ont été inclus. Les critères d'inclusion ont été : des patients ASA ≤ 2 , âge > 18 ans, mesurant entre 150 et 180 cm ; avec absence d'anomalie des voies aériennes, de critères cliniques d'intubation difficile ; des actes opératoires, non urgents ne dépassant pas deux heures et concernant une chirurgie extra-péritonéale ou périphérique. Pour les personnels, seuls étaient retenus les IDE et les BS non qualifiés en anesthésie-réanimation.

Après la projection d'une vidéocassette, les candidats étaient orientés vers le bloc opératoire sans pénétrer dans la salle d'intervention. Les patients devant être opérés et pouvant participer à l'étude étaient admis pour l'induction en salle d'intervention pendant la projection du support audiovisuel. Après la pose d'une voie veineuse



périphérique, un remplissage par cristalloïdes était réalisé. Le monitoring était standard. L'anesthésie était standardisée et adaptée à la situation. Un seul LT de taille 4 a été utilisé au cours de cette étude ; il était stérilisé selon les normes en vigueur.

Une fois, le TOF $< 2/4$ obtenu, l'anesthésiste en salle faisait une laryngoscopie pour vérifier le score de Cormack, puis la ventilation manuelle était reprise. Le LT était préparé, mis à proximité du patient anesthésié. Le candidat était alors appelé et dès son entrée en salle, il était chronométré pour la pose et ce jusqu'à la fixation. Les paramètres étudiés étaient : le nombre de mise en place, le temps pour obtenir un premier volume courant, la présence d'un traumatisme et l'appréciation par l'opérateur de la facilité d'utilisation à partir d'une échelle allant de 0 (difficile) à 10 (facile). Le contrôle des VAS était réalisé par intubation trachéale afin de permettre l'entretien de l'anesthésie et la réalisation en toute sécurité du geste chirurgical.

RÉSULTATS

Au total, 25 personnels ont pu mettre en place un LT chez des

patients anesthésiés et curarisés soit : 13 BS et 12 IDE. Les résultats sont représentés dans le tableau I.

DISCUSSION

Le soutien sanitaire des exercices est réalisé selon les recommandations des textes officiels par des auxiliaires sanitaires avec des infirmiers, parfois aussi par des médecins. En cas de détresse respiratoire, ces personnels paramédicaux ne sont formés qu'à la ventilation au masque et au ballon auto-remplisseur avec les risques inhérents à cette technique, d'où la nécessité de proposer un dispositif utilisable par ces personnels sans les obligations d'une intubation trachéale.

Le LT, successeur du Combitube™, il est utilisé dans les pays anglosaxons en préhospitalier comme en anesthésie ; la présentation commerciale montre une utilisation en lieu et place de l'intubation orotrachéale pour une chirurgie cœlioscopique. Il fait partie des moyens utilisables en cas d'intubation difficile non prévue.

De notre travail ressort la facilité d'utilisation de ce matériel quelques soit le niveau de formation

de ces personnels paramédicaux avec des temps de pose en secondes de 71 ± 28 dans le groupe brancardiers secouristes et 63 ± 27 dans le groupe infirmier pour obtenir un premier volume courant efficace avec une formation initiale courte. Un seul échec a été enregistré.

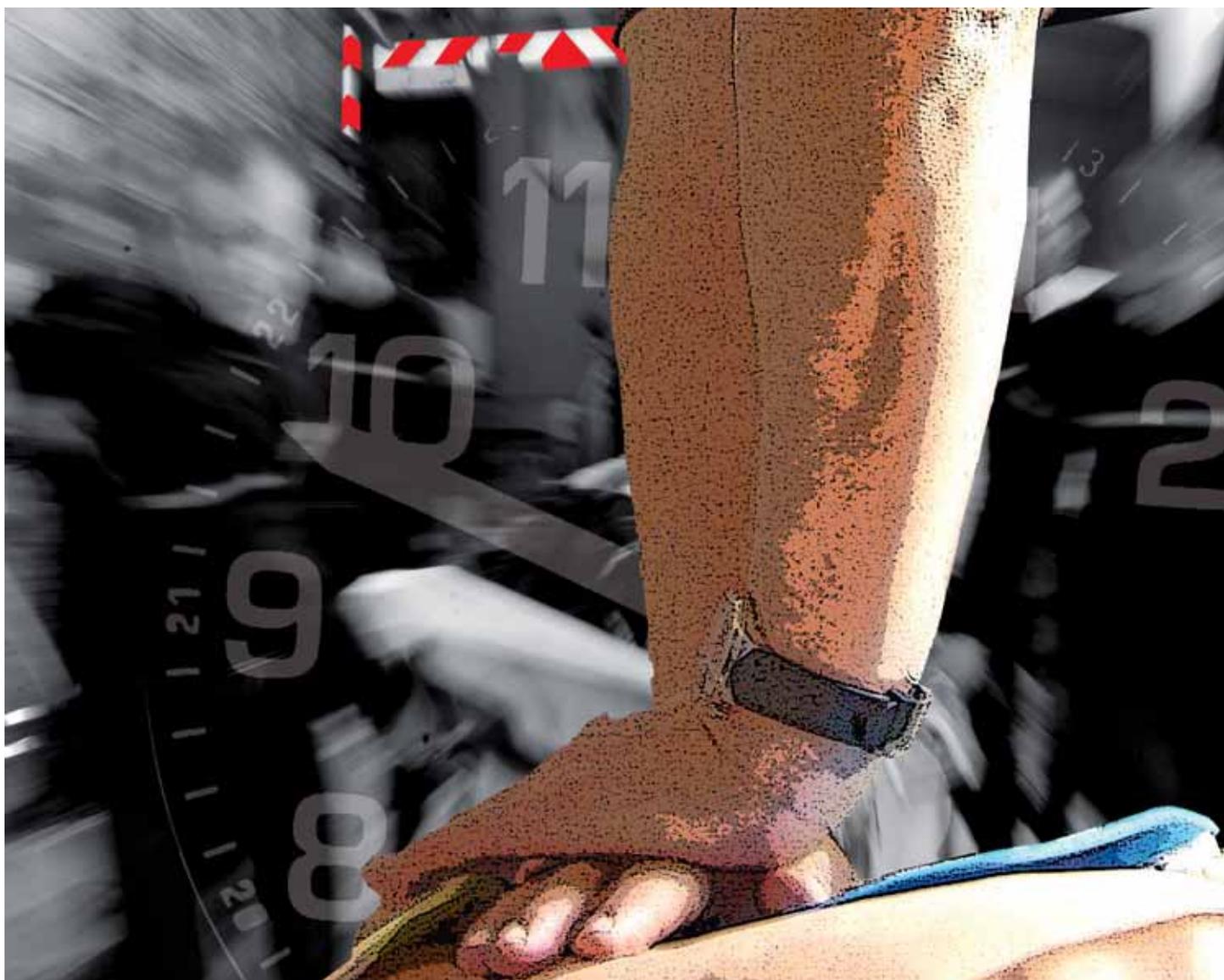
Ces résultats sont comparables aux autres études réalisées sur le LT utilisé en préhospitalier ou sur mannequin qui montrent que ce dispositif est utilisable par des personnels paramédicaux sans entraînement préalable. Toutefois, dans ces travaux réalisés dans des pays où le système de secours préhospitalier est différent du notre, le niveau technique de ces « paramédics » n'est pas le même ; car ces derniers sont formés à l'intubation orotrachéale ou à d'autres techniques de ventilation plus évoluées. En revanche, il est sur que les conditions de pose dans notre travail ne sont pas celles de la réalité (patient anesthésié, curarisé, sans critères de ventilation difficile) mais le but était de reproduire un modèle pouvant simuler un arrêt cardio-respiratoire ; et surtout d'évaluer la facilité de pose de ce dispositif. Dans les deux groupes, cette dernière a été cotée à 9/10 en moyenne.

Enfin, même si ces personnels n'ont pas été évalués, compte tenu du peu de formation nécessaire à son utilisation, ce dispositif semble être intéressant également pour les médecins d'unité car il représente une alternative en cas d'intubation difficile.

CONCLUSION

Facile à mettre en place et peu traumatisant, le LT peut représenter une solution pour des personnels paramédicaux. Il permet d'assurer une assistance ventilatoire, de vidanger l'estomac et de protéger les bronches contre une inhalation.

Une réflexion doit donc être menée afin d'envisager la possibilité de mettre en place le LT au niveau des services médicaux d'unité et des postes de secours, et de mettre en place une formation initiale, dans le cadre des CITERA et des formations élémentaires, portant sur les indications et les modalités de mise en place. ■



L'évènement

Urgence Pratique, la revue de tous les acteurs de l'urgence consacre un numéro spécial exceptionnel à l'arrêt cardiaque. Ne manquez par ces 140 pages d'informations, de recommandations et de conseils pratiques indispensables pour mettre à jour vos connaissances et rester performants dans votre pratique professionnelle. Sommaire détaillé et bon de commande sur le site www.urgence-pratique.com.

SmartOx de Weinmann

Pratique et performant

S'il est bien un monitoring qui, depuis 20 ans, a su devenir indispensable, c'est bien celui de la saturation artérielle fonctionnelle en oxygène. Tous les moniteurs multiparamètres sont, bien sûr, dotés de cette fonction, mais leur encombrement, leur poids et leur coût n'en font pas vraiment des appareils de poche. Nous avons tous pourtant à l'esprit devant une détresse de connaître rapidement la SpO2. Les industriels ont vraiment pris mesu-

re de ce besoin pour fournir de petits appareils faciles d'usage. La société Weinmann, très investie dans la ventilation et son monitoring, nous propose le smartOx.



DESCRIPTION

Très original, cet appareil se présente comme un gros stylo ne pesant que 72 grammes pour une longueur de 136 mm. Sa mise en marche se fait par un petit contacteur sur le côté. Une diode s'allume pour confirmer sa

mise en fonction. Par l'intermédiaire d'un capteur classique placé sur un doigt s'affichent quasi instantanément les chiffres de pouls et de SpO2. Un barographe indique la valeur du signal. Le comptage sonore du pouls peut être supprimé par un autre contacteur. Différents capteurs, à usage unique (pédiatrique) sont disponibles. L'appareil s'éteint automatiquement lorsqu'il n'est plus utilisé.

A L'USAGE

La prise en main est vraiment facile. Il passe vraiment partout. Nous avons apprécié la luminosité de l'écran. Le petit clip situé à l'arrière s'avère très pratique pour accrocher le smartOx à une poche ou un revers quelconque. Le marquage sonore du pouls nous semble

très utile et peu d'appareils de ce type et de cet encombrement en sont dotés.

Son coût de 290 euros nous semble fort convenable. ■

Informations :

www.weinmann-france.fr



L'examen secondaire d'une victime

Un temps de la prise en charge à ne pas négliger !

Jean-Cyrille PITTELOUD

L'examen secondaire est bien souvent la phase négligée de la prise en charge du traumatisé. Si nous avons appris (et c'est correct !) à nous concentrer sur les menaces vitales, l'étude de la littérature montre régulièrement l'importance des lésions manquées. C'est pourquoi il vaut la peine de revoir et de peaufiner notre technique de l'examen secondaire.

L'EXAMEN DE LA TÊTE

Cet appendice est particulièrement important le samedi soir où cette partie noble du corps humain a tendance à récolter plaies et bosses au contact d'objets résistants. Le patient blessé à la tête ayant une capacité et une volonté de collaboration très variables, la technique d'examen devra être particulièrement soignée.

- **Palpation du crâne et du cuir chevelu** : très importante, à la recherche d'irrégularités, qui peuvent révéler des lésions allant de la lacération du cuir chevelu à la lésion ouverte du cerveau. Ceux d'entre vous qui ont fait l'exercice du mannequin de simulation judicieusement nommé « Mr Hurt » savent que les cheveux peuvent cacher des plaies impressionnantes. Une fois cette palpation terminée, recherchez la présence de sang sur vos gants : elle est souvent le seul signe d'une lésion.

- **Examen des yeux** : il commence par une inspection : couleur, asymétrie, présence d'un hématome en monocle, taille des pupilles. Une rougeur des conjonctives doit faire suspecter une lésion de la cornée ou du globe, surtout si elle n'est présente que d'un côté. Ensuite, il faut tester l'acuité visuelle pour chaque oeil séparément (avec votre badge ou un set de pansement) Si l'acuité visuelle est intacte, demandez au patient de suivre des yeux votre badge que vous déplacez en croix (en haut, en bas, à droite, à gauche). Des troubles de l'oculomotricité se manifestent par l'apparition d'image doubles, et signalent une lésion des nerfs oculomoteurs ou des muscles de oeil, fréquentes dans les fractures du plancher de l'orbite.

Si vous souhaitez à tout prix tester la réactivité des pupilles à la lumière, gardez le pour la fin, les adeptes de la dive bouteille ayant un goût limité pour ce genre d'exercice...

- **Examen de la face** : on recherche délicatement une fausse mobilité de la racine du nez, puis du maxillaire supérieur, des arcades zygomatiques et enfin de la mandibule. La présence d'une malocclusion dentaire, qui signe une fracture ou une luxation de la mâchoire, doit être recherchée.

- **Inspection de la cavité buccale**. A la recherche de plaies, de morsures de langue ou d'avulsions dentaires. Ne laissez pas de dents brisées dans la bouche d'un patient inconscient, vous risquez de les retrouver dans les bronches...

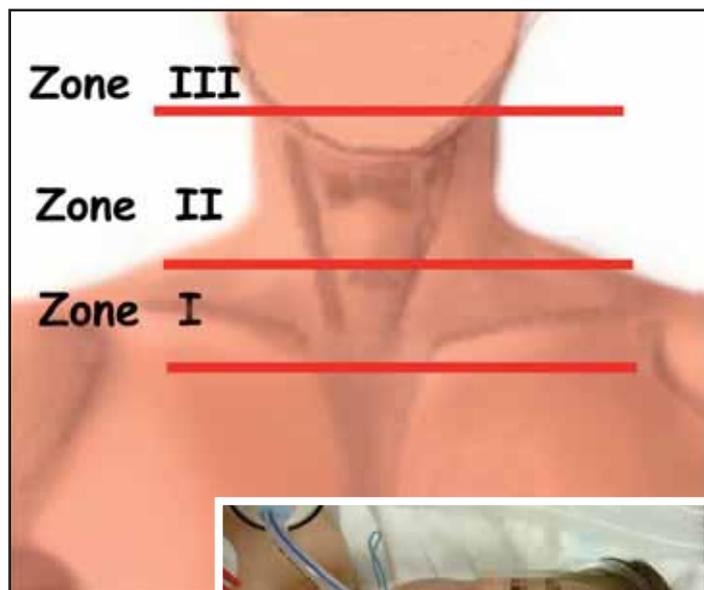
- **L'inspection du processus mastoïde** à la recherche d'un hématome qui signale une fracture de la base du crâne (le fameux Battle's sign). L'inspection du pavillon de l'oreille et du canal auditif externe à la recherche d'un écoulement (sang, LCR).

- **Enfin**, vous pouvez rapidement tester l'audition : frotter les doigts devant l'oreille du patient est l'équivalent d'une « audiométrie de campagne » étonnamment efficace.

EXAMEN DU COU ET DE LA RÉGION CERVICALE

Carrefour vasculaire, nerveux et digestif, la région cervicale est exposée à toute sorte de lésions, contondantes ou perforantes. Une lésion de la région du cou est rarement banale, et toute erreur de prise en charge risque bien de se payer comptant. Les risques encourus vont d'une obstruction des voies aériennes par une fracture du larynx ou

un hématome compressif à l'hémorragie cataclysmique. Plus sournoise, une perforation de l'œsophage ne se manifestera qu'après plusieurs heures, mais sous forme d'une médiastinite bien souvent mortelle. Du point de vue de l'anatomie chirurgicale, le cou est divisé de chaque côté par le muscle sterno-cléido-mastoïdien. La moitié postérieure du cou contient principalement la colonne cervicale, la musculature du cou et l'artère vertébrale.



Garçon de 11 ans, accident de trottinette avec rupture de la trachée. Emphysème sous-cutané massif et dyspnée. Photo Daniel Fishman

- La moitié située en avant du muscle sterno-cléido-mastoïdien contient : le larynx et la trachée, les veines jugulaires, l'artère carotide, la glande thyroïde et les nerfs vagues et phréniques. Un repère anatomique important est le platysma, muscle superficiel situé juste sous la peau : toute plaie ayant perforé

le platysma doit faire l'objet d'une exploration chirurgicale (En salle d'opération, pas dans l'ambulance ou dans le box des urgences !).

- La partie antérieure est divisée en trois zones :

- **Zone I** : attention au pneumothorax ! La zone I va du bord supérieur du sternum au cartilage cricoïde. Sa propriété la plus importante est la proximité du thorax. Une plaie perforante à ce niveau risque de toucher le dôme pleural, l'artère sous-clavière ou l'œsophage. En salle d'opération, l'abord chirurgical se fait par voie supraclaviculaire, élargie au besoin par une sternotomie. L'examen clinique en présence d'une plaie en zone I comprend une auscultation soigneuse à la recherche d'un pneumothorax, d'un saignement actif ou d'un échappement d'air par la plaie, signe d'une lésion de la trachée. Ne pas oublier l'examen neurologique des bras, car les racines du plexus cervical sont facilement lésées.

- **Zone II** : elle va du bord supérieur du cartilage cricoïde à l'angle de la mâchoire. C'est une région très vulnérable, en particulier aux plaies

par arme blanche. Par contre, son abord chirurgical est assez aisé. A côtés des plaies perforantes, c'est le siège de la fracture du larynx, entité rare mais redoutable, qui se manifeste par une douleur à la palpation, et parfois par une crépitation et un emphysème sous-cutané. Attention, dans cette situation, l'intubation est une manœuvre dangereuse, qui peut transformer une obstruction partielle en obstruction totale.

L'abord chirurgical est comme nous l'avons dit assez aisé, et se fait soit par cervicotomie (incision sur le bord interne du SCM) pour l'abord des vaisseaux ou par incision horizontale pour l'abord de la trachée.

- **Zone III** : elle va de l'angle de la mâchoire à la base du crâne, et contient surtout des vaisseaux. Par contre, son abord chirurgicale est des plus malaisés (cervicotomie haute passant derrière la mâchoire).

Certains signes de gravité d'une plaie de la région cervicale signalent la nécessité d'une prise en charge chirurgicale immédiate : signes respiratoires (détresse respiratoire, emphysème sous-cutané, bulles d'air sortant de la plaie), signes

circulatoires (état de choc, souffle artériel à l'auscultation, ischémie du membre supérieur, signes d'accident vasculaire cérébral), saignement actif (présence d'un hématome expansif ou pulsatile).

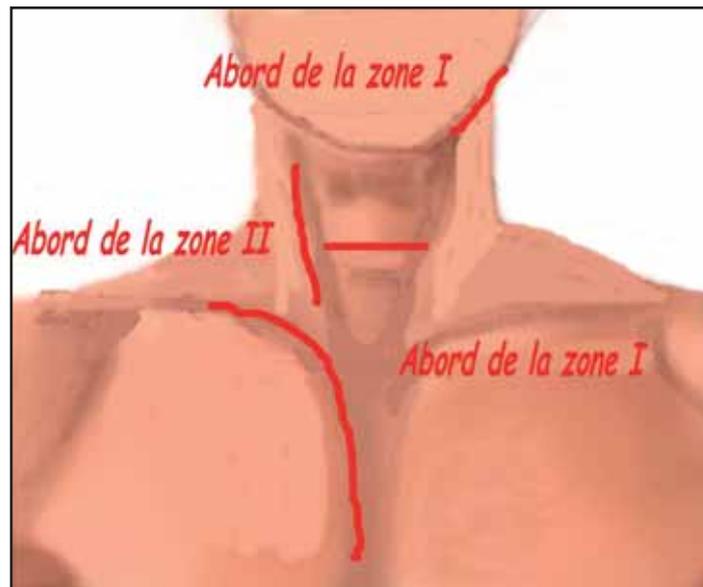
• Les gestes à éviter :

- **Intubation « à la hussarde »** en présence d'une fracture du larynx. Elle peut provoquer une fausse route et une obstruction totale. Il vaut mieux attendre d'être à l'hôpital en présence d'un chirurgien. Au besoin, soyez préparés à

une coniotomie de secours (et elle sera moins facile que sur les cochons de l'ATLS, désolé !)

- **Pose de sonde naso-gastrique** : elle peut provoquer toux et vomissements, avec le risque de relancer une hémorragie. Ce geste ne doit être fait qu'en salle d'opération si nécessaire..

- **Exploration intempestive d'une plaie** : à éviter dans tous les cas, à moins que vous n'ayez envie de voir à quoi ressemble un hémorragie sur plaie de la carotide. ■



Lu pour VOUS

CES EXPERTS PSYS QUI FABRIQUENT DES COUPABLES SUR MESURE

Marc LEMAIRE & Stéphane LEWDEN



Et si, pour certains psychiatres, l'expertise n'était là que pour servir les gardiens de l'Ordre et aider à caser du rebelle

sans distinguer les innocents des coupables ? C'est à cette brûlante question d'actualité (penser à l'affaire d'Outreau) que nos confrères Marc Lemaire et Stéphane Lewden tentent de répondre dans cet ouvrage original et iconoclaste. Les auteurs proposent en outre de réagir sur leur forum Internet de discussion : experts-psys.com

Éditions L'harmattan

Format : 14 x 22 cm, 178 pages

Prix : 16 euros



LTS-D Tube Laryngé

Dispositif supraglottique pour la ventilation, avec canal d'aspiration

- à usage unique, pas de risque d'infection
- matériau: PVC, sans latex
- prix compatible avec une utilisation en urgence
- emballé stérile

VBM France

VBM France sarl • ZAC de la Ferrage • 13980 Alleins • France

Tel.: 04.42.46.79.53 • Fax: 04.42.46.79.54 • e-mail: info@vbm-medical.fr

Au fond du champ

Boris MARTIN LE PLADEC - IDE

Je cours. Vite. La valise pédiatrique à la main. La VL du SMUR s'est garée à l'entrée du champs, sur le chemin de terre...

Très vite le bruit de mon cœur qui tape dans ma poitrine couvre celui de mes pas.

QU'EST-CE QUE JE FAIS ?

J'arrive prêt du tracteur, un homme en bleu de travail est assis devant le petit corps enfoncé dans la boue, les yeux perdus, hagard. Une femme hurle « mon bébé, mon bébé ! ». Une vraie hystérique. Elle s'arrache des poignées de cheveux.

Je m'agenouille, je pose ma valise. Je regarde cet enfant déformé, inerte. « Qu'est-ce que je fais maintenant ?... »

Le temps de me poser cette question terrible, le doc arrive avec le chauffeur et les pompiers.

L'HOMME NOUS OBSERVE, ÉBÊTÉ

Mon premier geste est de couper ses vêtements. Un gros pull

noir d'hiver. Le doc ouvre la valise, prend le BAVU.

La mère crie toujours sa douleur. Ces yeux rouges, mouillés, me fixent.

L'oxygène envoyé sort par le trou des yeux. La peau s'est déplacée sur ce petit visage d'ange.

L'homme nous observe, ébêté, sans un mot. Il nous gêne dans nos « manœuvres », mais aucun de nous lui demande de se pousser.

JUSTE POUR « FAIRE CROIRE »

Je masse l'enfant. Plus j'appuie, plus j'enfonce son thorax. J'arrête mon geste, je compte juste pour « faire croire »... J'en profite pour regarder autour de moi. Je n'ai plus les ornières que l'on a tous en début d'intervention. C'est un champs, boueux, sans relief, désertique, froid. Il commence à pleuvoir. Les flics arrivent.

Je regarde le médecin, on se com-



© Laurent Roch.

prend, et au moment où la mère s'éloigne à nouveau, on arrête. Je me relève, mon pantalon blanc taché de boue est maculé de sang, celui d'un gamin de 10 ans.

C'EST MOI QUI L'AI TUÉ !

La mère est à genoux, la tête dans les mains.

L'homme me dit avec une voix tremblante : « ça y est, c'est fini ? ... c'est mon fils, ... il a voulu monter sur le tracteur en marche, il a glissé... »

... C'est moi qui l'ai écrasé, c'est moi qui l'ai tué ! ».

Formations ACLS

Saison 2007

ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

Cette formation a pour objectif l'optimisation de la prise en charge des 10 premières minutes d'un arrêt cardiorespiratoire. La clé de son succès : peu de théorie mais un grand nombre d'ateliers pratiques (voir page 15).

- Durée de la formation : 2 jours

Informations & inscriptions : Urgence Pratique Formation

Tél : 04.67.73.18.24
formation@urgence-pratique.com
www.urgence-pratique.com

Dates des prochains stages :

21-22 mai 2007 (complet)
17-18 ou 19-20 sept 2007

Lieu : Ecole d'Application de Sécurité Civile de Valabre (entre Marseille et Aix en Provence).

La formation : 495 Euros*

* Ce prix comprend les documents de travail, le livre officiel du cours, 2 repas de midi et 4 pauses. Il ne comprend pas l'hébergement et les repas du soir.

Votre bilan d'aptitude en temps réel...



SPOTCHEM EZ : Analyseur automatique de biochimie

- Centrifugeuse intégrée
- Sérum, plasma et sang total
- Prélèvement automatique de l'échantillon
- 9 minutes pour un bilan complet sur sang total
- Analyse simultanée de 9 paramètres
- Calibration par carte magnétique pour chaque lot de bandelette

AUTION MICRO : Lecteur portable d'analyse urinaire

- Compact et Performant
- Panel de 10 paramètres physico-chimiques : Glucose, Corps-cétoniques, Nitrites, Sang, pH, Protéines, Leucocytes, Densité urinaire, Urobilinogène et Bilirubine
- Cadence : 80 bandelettes/heure
- Imprimante amovible



A.MENARINI Diagnostics France
JEAN DUMAS - 16 rue Georges Besse-Silic 46 - 92182 ANTONY
Tél. : 01 56 45 11 60 - Fax : 01 56 45 11 61

AU PÔLE DE DÉFENSE CIVILE DE CAMBRAI

Le Haut comité français pour la défense civile organise depuis fin 2004, en partenariat avec l'EN-SOSP (Ecole nationale supérieure des officiers sapeurs-pompiers), des stages de sensibilisation et de formation aux menaces NRBC sur le site du Pôle de défense civile de Cambrai du Ministère de l'Intérieur. Ces stages permettent de compléter les travaux de réflexion que mène le Haut comité dans le cadre des séminaires qu'il organise régulièrement en offrant aux stagiaires une formation plus approfondie, plus pratique, et sanctionnée par une attestation de stage dans le cadre de la formation permanente.

Prochaines sessions : 15 et 16 mars 2007 / 10 et 11 mai 2007

Programme : retour d'expérience ; état de la menace en France ; menace chimique ; menace radiologique ; menace biologique ; réponse de l'Etat et plans gouvernementaux ; comportements individuels et collectifs en situation de terrorisme NBC, circulaires 700 & 800 ; intervention et décontamination des victimes ; Prise en charge des victimes ; moyens nationaux à disposition ; équipements de défense NRBC ; détection / protection individuelle / décontamination ; psychologie de la prise de décision en situation de crise

Contact et inscriptions :

Haut comité français pour la défense civile. Les Borromées
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél. : 01.49.98.10.20
<http://www.hcfdc.org>



© Joachim Bertrand / DDSC.

Urgences préhospitalières

Une approche par étude de cas

SCh Georges BRANDT - CSP Mulhouse (SDIS 56)

Les apparences sont souvent trompeuses : tout patient retrouvé inconscient à proximité d'une tondeuse encore en mouvement n'a pas forcément été victime d'un traumatisme. Une approche systématique de la situation permet de s'y retrouver en évitant les raccourcis hâtifs.

LES FAITS

- Motif d'envoi de secours : 14h00. Homme inconscient. Suspicion d'arrêt cardio ventilatoire.
- A l'arrivée sur les lieux : Vous trouvez M. O'Connor, 50 ans, couché derrière la maison, à proximité d'une tondeuse encore en marche. Il est inconscient. Il est en short et tee-shirt et semble avoir des coups de soleil sur tout le corps. Il est en sueur. Un voisin est présent.

EXAMEN PRIMAIRE

- Statut neurologique : aréactif
- Voies aériennes : libres
- Respiration : ventilation superficielle à 4 mvt/min, murmure vésiculaire aboli à gauche, wheezing très faible à droite.
- Circulation : peau rouge, chaude et en sueur. Pouls radial absent, carotidien faible et rapide. TA impossible à prendre

ANAMNÈSE

- Événements : M. O'Connor était entrain de tondre son gazon. Lorsque son voisin a jeté un coup d'œil par la fenêtre, il l'a vu allongé au sol et a appelé les secours.
- Allergies : inconnues.
- Médicaments : « quelque chose pour la tension ».

EXAMEN CLINIQUE DIRIGÉ

- Paramètres vitaux : pouls rapide et superficiel difficile à prendre, ventilation agonique, TA impossible à prendre.
- Autres données pertinentes : il n'y a pas de marques de bronchage, M. O'Connor est rouge sur tout le corps ; deux marques blanches à l'arrière du mollet droit, SpO₂ 70%
- Tests diagnostiques : non réalisés (dextro non disponible).

QUESTIONS ET REPONSES

1. Quelles sont vos priorités ?

Sécuriser les lieux : éteindre la tondeuse. Sécuriser les voies aériennes, la respiration, la circulation.

2. Sur quel objectif repose votre prise en charge immédiate ?

Le patient doit être intubé et ventilé dans les plus brefs délais.

3. Quels système(s) est / sont affecté(s) ?

- Système nerveux central : la victime est inconsciente.
- Système respiratoire : rythme ventilatoire agonique.
- Système cardiovasculaire : pouls rapide et superficiel, PA non mesurable, vasodilatation.

4. Quels sont les éléments significatifs la clinique ?

Coloration cutanée rouge, fonction respiratoire compromise, hypotension, marques blanches à l'arrière du mollet. Il s'agit de données qui suggèrent une réaction allergique grave (anaphylaxie) à une piqûre ou à une morsure.

5. Mr O'Connor est intubé, ventilé, qu'envisagez-vous de faire ?

- Perfuser du NaCl 0,9% ou du Ringer-Lactate (macro-molécules contre-indiquées), administrer de l'adrénaline 0.1 à 0.3 mg dilution 1 :10.000 IVD, puis un bolus de 500 ml de soluté et débiter le transport dès que possible.



6. Quel bénéfice espérez-vous de l'adrénaline ?

Vasoconstriction périphérique, bronchodilatation, renforcement de la contractilité du muscle cardiaque dans un but d'augmentation de la pression artérielle, facilitation de la ventilation, et augmentation de la perfusion... Bref lutte contre le choc.

7. Combien de temps attendez-vous avant de répéter la dose d'Adrénaline ?

Il devrait y avoir un délai de 3 à 5 minutes entre les doses, pour donner le temps à la drogue de circuler. L'intervalle de temps entre deux doses est relativement court du fait que vous administrez le médicament par voie intraveineuse.

8. Avec les antécédents d'hypertension artérielle et l'âge de Mr O'Connor, l'Adrénaline devrait-elle quand même être employée ?

Oui. Même avec ses antécédents, la situation de M. O'Connor est une urgence vitale. L'Adrénaline est la drogue de choix. Il n'y a pas de contre-indications à l'Adrénaline dans l'arrêt cardiaque ou l'Anaphylaxie. M. O'Connor peut mourir si des mesures ne sont pas prises immédiatement.

DEVENIR DU PATIENT

Mr O'Connor fut admis à l'hôpital pour choc anaphylactique. A l'arrivée, il répondait aux ordres, ventilait spontanément, avait une TA systolique à 86 mmHg et une SpO₂ à 87%. Il reçut de la Dopamine et du Méthylprednisolone au service des urgences. Il fut admis en Unité de Soins Intensifs où il y eut quelques interrogations en regard des effets de l'adrénaline sur son cœur. Cependant il sembla ne pas y avoir d'effets délétères et M. O'Connor put regagner son domicile 2 jours plus tard, avec des instructions sur l'emploi de sa seringue auto-injectable d'Adrénaline nouvellement prescrite.

Biatain - Ibu

NOUVEAU

1^{er} pansement hydrocellulaire à l'ibuprofène

*"Pour ne pas traîner
avec sa douleur"*



NEXY & CCM - Coloplast et Biatain sont des marques enregistrées par Coloplast A/S - DK - 3050 HUMLEBAEK. © Laboratoires Coloplast 312 328 362 RCS Bobigny - Octobre 2006.

Pour plus d'informations :

 contactez le Service Clients
01.56.63.18.00

 connectez-vous au site
www.coloplast.fr/biatain-ibu

* Intégralement remboursé LPPR pour les patients au régime général qui bénéficient d'une couverture complémentaire (Sec.Soc. 65% + complémentaire 35%) et pour les patients en ALD (Sec. Soc. 100%).
Biatain-Ibu - remboursé pour le traitement des escarres et ulcères - pansement. • 10 cm x 12 cm (bte de 16) : tarif LPPR 52,83 €, prix limite de vente au public 52,83 € TTC. • 15 cm x 15 cm (bte de 10) : tarif LPPR 61,91 €, prix limite de vente au public 61,91 € TTC. • 10 cm x 22,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 61,91 €, prix limite de vente au public 61,91 € TTC.

Biatain-Ibu

 Coloplast

Evaluation du risque sanitaire

Exigence qualité du 3SM des Alpes-Maritimes

Méd Cne V. ALAUX-DHENIN, Grp. Fnel Sec. Méd. - Méd Col. J. BARBERIS, Médecin Chef - Col. P. BAUTHEAC, DDSIS.

Développé depuis plus de 20 ans, clairement planifié dans sa mise en œuvre opérationnelle, le soutien sanitaire représente un élément structurant de la politique d'hygiène et sécurité du SDIS 06. Fin 2006, cette mission prioritaire du 3SM a fait l'objet d'une évaluation à l'échelon départemental entrant dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité. Bilan...

Département de 1^{ère} catégorie, au budget de 125 millions d'Euros, le SDIS 06 compte 2800 SPV et 1300 SPP qui assurent 110000 sorties annuelles. L'enjeu pour le 3SM est le maintien de l'intégrité physique et psychique des personnels lors de l'intervention et en aval de celle-ci, avec pour objectif la mise en œuvre d'un soutien sanitaire gradué, polyvalent et efficace.

STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE

- Maillage territorial par des moyens opérationnels de 1^{er} niveau (3 VLM et 3 Véhicules de Liaisons Infirmiers), dotés d'un matériel de réanimation et placés en garde opérationnelle de 24 h sur les 5 groupements du département. Ceux-ci sont appuyés de renforts mobilisables H24 : 2 infirmeries mobiles AMI 06 permettant de traiter toute la petite pathologie du soutien sanitaire et d'assurer des soins de réanimation ; 1 Véhicule Médical de Soutien, vecteur de l'échelon de commandement 3SM ; 1 VLMTT ; des moyens hélicoptérés et des moyens d'appui (PMA, AMI - NRBC).

- Implication de l'ensemble des acteurs du 3SM : 227 volontaires et 20 professionnels formés en Techniques Opérationnelles Feux Urbains et Feux de Forêt ; les ISP bénéficiant, en outre, d'une formation initiale certificative et de formations continues annuelles pour l'application des Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence.

- Définition de procédures opérationnelles interservices prévoyant l'engagement réflexe des moyens.

- Coordination par la Chaîne de Commandement 3SM.

ÉVALUER LES OBJECTIFS :

Avec un soutien sanitaire représentant 15,3 % de l'activité opé-



© SDIS 06.

rationnelle Hommes heures du 3SM et un taux d'engagement des moyens 3SM sur les missions Incendie, cibles des procédures réflexes, de 83,5 %, la couverture sanitaire apparaît très satisfaisante. Menées à 90 % par les VLM et VLI, les missions sont polyvalentes : feux urbains et assimilés (77 %), feux de forêts (10 %), risques technologiques (9 %). L'activité de soins, sur un échantillonnage feux de forêts, est marquée par la prédominance des lésions bénignes d'origine traumatique. Les données de l'accidentologie corroborent ces observations : ces mis-

sions génèrent 9 % des accidents en service et 8 % des jours d'arrêt cumulés. Les pathologies, majoritairement traumatiques, sont bénignes dans plus de la moitié des cas et aucun accident mortel n'a été déploré. Ainsi, l'évaluation conclue à l'adéquation objectifs / résultats.

COORDONNER DES MOYENS

Cette évaluation confirme la plus-value significative apportée par la chaîne de commandement 3SM au schéma opérationnel en terme de déclenchement, coordination et suivi des moyens.

Mise en place en 2003, récemment actualisée, cette chaîne de commandement a pour but la continuité du service et assure une réponse immédiate à toute demande du CODIS, relative aux missions du 3SM. Chaque métier y est représenté. Le médecin cadre de permanence en est le pivot central. Il est l'interlocuteur privilégié de l'officier codis pour toute action impliquant le 3SM. MSP, il s'intègre au commandement sur les interventions de grande ampleur et est le conseiller technique du COS en matière d'hygiène et sécurité.

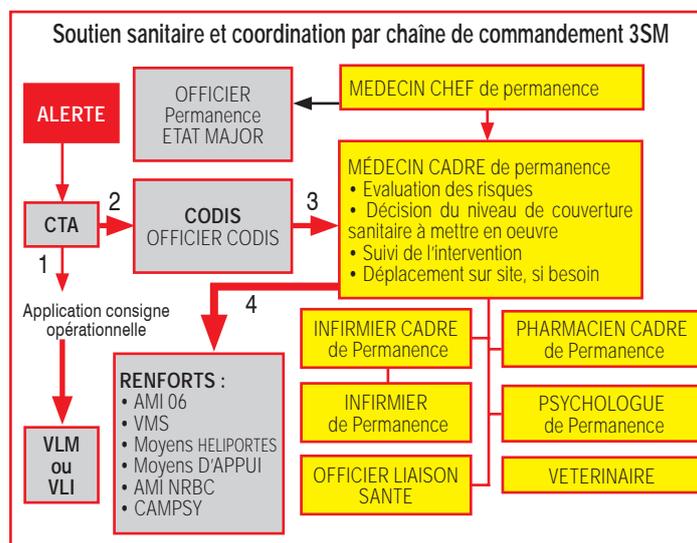
MÉDECINE PRÉVENTIVE ET SOUTIEN SANITAIRE

Présente aux cotés du SP durant tout son engagement, la médecine préventive joue un rôle fondamental dans la prévention du risque médical en amont des interventions et assure, en aval, un suivi personnalisé des accidents de service. L'absence d'accidents d'origine cardiovasculaire peut être rapporté à la politique de dépistage du risque qu'elle mène sur plusieurs fronts : Visite Annuelle d'Aptitude fiabilisée par l'informatisation des dossiers médicaux et comprenant ECG plus, si nécessaire, Epreuve d'Effort ; Centre d'Entraînement au Port de l'Appareil Respiratoire Isolant où le 3SM dépiste les sujets à risque. En outre, les formations en médecine préventive ainsi que les travaux de recherche en partenariat avec le CHU de Nice sont autant d'actions contribuant à la prévention des risques sur intervention.

PERSPECTIVES D'AVENIR...

2 projets visant à optimiser la mise en œuvre du soutien sanitaire verront le jour en 2007 : actualisation de l'outil informatique de gestion de l'activité opérationnelle et mise en place d'un officier 3SM au Codis sous forme d'une garde opérationnelle. Les échanges pluridisciplinaires et le partenariat de recherche avec le CHU seront poursuivis.

Enfin, l'idée d'une enquête de satisfaction auprès des « usagers » du soutien sanitaire est avancée, plaçant ainsi les sapeurs-pompiers au cœur de notre démarche d'amélioration continue de la qualité.



Indications de l'épreuve d'effort et conséquences de positivité

Dr Jean Luc FABRE - SDIS 21 - Dijon

Devant l'incidence croissante des maladies coronariennes, on pourrait être tenté de généraliser les épreuves d'effort (EE) chez les sapeurs pompiers afin d'essayer de dépister ces maladies à un stade très précoce pour en améliorer le pronostic et surtout prévenir les accidents coronariens en service. Que penser de cette attitude ?

Imaginons une campagne de dépistage avec EE systématique chez tous les SP d'un corps départemental. Le médecin responsable étudie les 1000 premiers dossiers : 130 tests sont positifs. Plusieurs questions se posent à lui : Faut-il déclarer ces 130 sujets inaptes ? Faut-il poursuivre cette campagne qui risque de le priver de 13% de ses effectifs ? Faut-il renoncer aux EE chez les SP ? Faut-il réserver les EE à une population ciblée ?

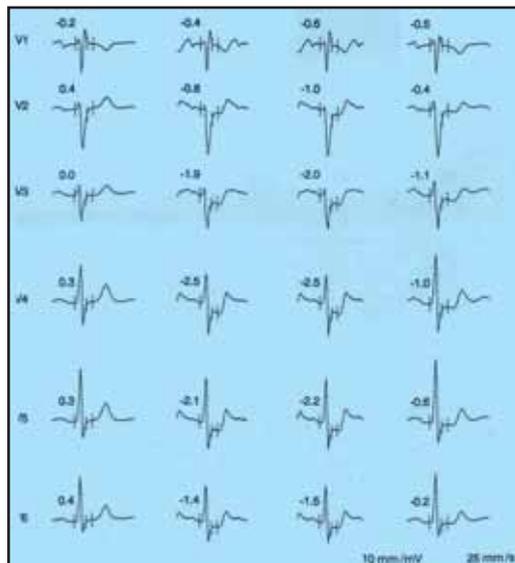
L'ÉPREUVE D'EFFORT

L'EE reste un examen utile dans le diagnostic des cardiopathies ischémiques. Dans notre pays, on la pratique surtout sur bicyclette ergométrique, toujours dans un établissement doté d'une unité de réanimation, par une équipe entraînée comprenant un médecin. La mortalité est inférieure à 1/50 000 mais le risque d'accident grave non fatal (infarctus myocardique, trouble du rythme, trouble conducteur...) est de 1/2500. La charge de travail est augmentée par paliers pour atteindre la fréquence théorique maximale soit 220 - âge (formule d'ASTRAND) mais à partir de 85% de cette fréquence, le test est significatif.

Les critères de positivité sont :

- Une douleur angineuse typique qui a une forte valeur diagnostique surtout si elle est associée à des signes électrocardiographiques. Ce cas est exceptionnel dans la population qui nous intéresse.
- Un sous-décalage du segment ST significatif à partir de 1mm si horizontal ou descendant. Il n'a pas de valeur localisatrice (Fig 1).
- Le sus-décalage est exceptionnel.

L'ajustement du sous-décalage de ST à la fréquence cardiaque et les



boucles de récupération ST/FC améliorent la valeur diagnostique du test.

VALEUR DIAGNOSTIQUE

Ce résultat brut de 130 tests positifs illustre les limites de tout test systématique. Dans l'interprétation d'un test, il faut tenir compte du théorème de BAYES.

- Le Théorème de BAYES : La probabilité à posteriori d'un test est influencée non seulement par sa sensibilité et sa spécificité mais aussi par la probabilité à priori. En d'autres termes, la valeur prédictive d'une épreuve positive est d'autant plus faible que la probabilité d'avoir la maladie est faible avant le test.

- Quelques définitions :

- **Sensibilité** : capacité d'un test à reconnaître les patients atteints. Ex : l'EE a une sensibilité de 70% donc sur 100 coronariens 70 ont un test positif et 30 un test négatif
- **Spécificité** : capacité d'un test à reconnaître les patients indemnes. Ex : l'EE a une spécificité de 90% donc sur 100 patients non coronariens 90 ont un test négatif et 10 un test positif

- **Valeur prédictive positive** : probabilité d'atteinte coronarienne en cas d'EE positive.

- **Valeur prédictive négative** : probabilité d'absence d'atteinte coronarienne en cas d'EE négative.

- **Prévalence** : pourcentage de sujets atteints dans une population.

• En pratique :

L'influence de la prévalence sur la valeur prédictive de l'EE est très importante ainsi la valeur prédictive positive d'une EE anormale est de 27% seulement si la prévalence est de 5% et de 88% si la prévalence est de 50% (Tab 1,2,3).

A l'inverse, la valeur prédictive négative d'une EE normale est de 98% si la prévalence est de 5% et de 75% si la prévalence est de 50% (Tab 4).

On peut exprimer le théorème de BAYES de façon pratique : la probabilité de la maladie après un test est égale à la probabilité de la maladie avant test multipliée par le rapport de vraisemblance. Ce rapport (pour une sensibilité de 70% et une spécificité de 90%) est de 7 en cas de test positif et de 3 en cas de test négatif ainsi :

Pour une probabilité pré-test de 90% avec donc 9 coronariens (9C) et 1 indemne, non coronarien (1NC) pour 10 patients.

Si le test est positif, on passe de 9C/1NC à 9Cx7/1NC soit 63C/1NC et donc 63 coronariens sur 64 patients soit une probabilité part test de 98%.

Si le test est négatif, on passe de 9C/1NC à 9C/1NCx3 soit 9C/3NC et donc 9 coronariens sur 12 patients soit une probabilité part test de 75%.

- *Pour une probabilité pré-test de 50% (1C/1NC)*

Si le test est positif, 7C/1NC = 7/8=88%

Si le test est négatif, 1C/3NC = 1/4= 25%

- *Pour une probabilité pré-test de 5% (1C/19NC)*

Si le test est positif, 7C/19NC = 7/26=26%

Si le test est négatif, 1C/57NC = 1/58= 2%

Il faut donc connaître la probabilité d'atteinte coronarienne avant test, c'est l'interrogatoire et l'examen clinique qui nous la donneront en recherchant :

- **une symptomatologie évocatrice d'angor :**

- **des facteurs de risque** : Antécédents coronariens familiaux (avant 55 ans chez les hommes, avant 65 ans chez les femmes), tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans, hypertension artérielle supérieure à 14/9 cmHg traitée ou non, dyslipidémie, diabète.

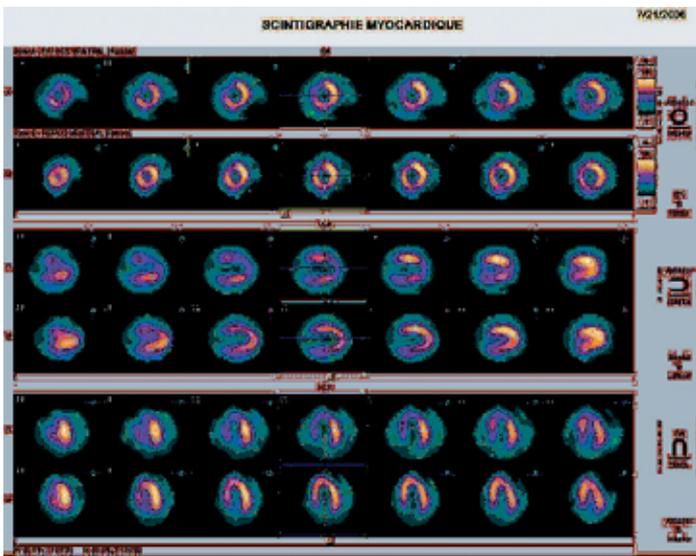
A l'inverse, l'EE n'est pas un bon marqueur du risque de maladie coronarienne ultérieure dans le dépistage systématique au niveau individuel. L'EE pratiquée à l'inclusion dans une étude de suivi de 2000 hommes asymptomatiques sur 5 ans a permis de détecter seulement 15% des futurs coronariens, 85% n'ayant pas été détectés.

Donc l'EE est très difficile à interpréter chez le sujet asymptomatique tout venant, elle ne permet pas d'identifier valablement les sujets les plus particulièrement menacés d'insuffisance coronarienne. L'EE n'est pas un bon outil de prévention cardiovasculaire.

QUE FAIRE DES 130 CAS D'EE POSITIVE ?

les sujets seront déclarés inaptes temporaires. Les dossiers seront étudiés afin de déterminer les facteurs de risque de chacun.

- **En cas de risque important**, une coronarographie sera généralement pratiquée. Même si elle est normale, on exigera un contrôle des facteurs de risque accessibles avant de déclarer le sujet apte.

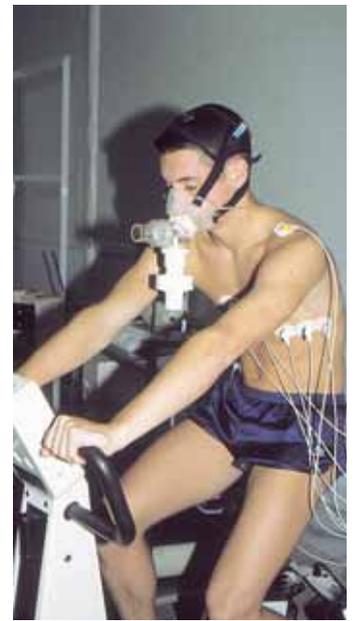


tourage, des examens cardiovasculaires seront pratiqués.

On aura probablement laissé passer quelques futurs coronariens qui rassurés par le test négatif seront souvent moins attentifs aux conseils de prévention mais surtout aux premières manifestations cliniques angineuses.

QUELLES INDICATION D'EE CHEZ LE SP ?

Il ne faut pas renoncer aux EE dans la détermination de l'aptitude mais il faut cibler ses indications en les réservant aux sujets ayant un risque coronarien significatif.

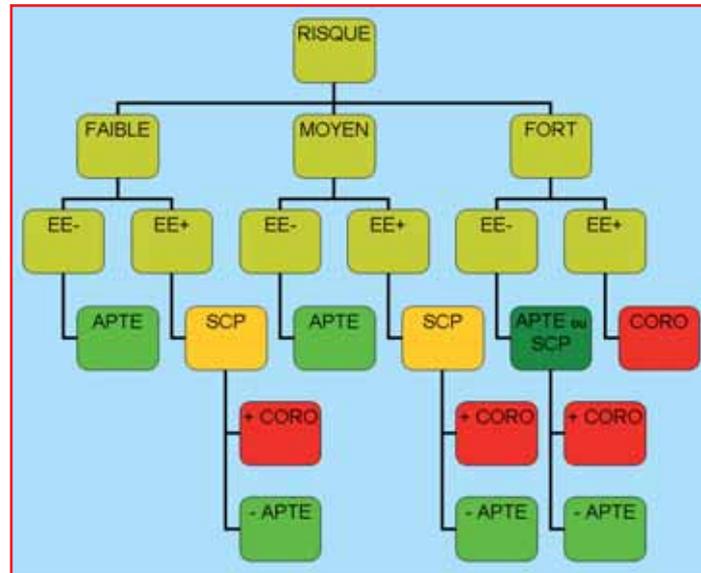


• En cas de risque moyen ou faible, une scintigraphie myocardique de perfusion (SMP) d'effort sera nécessaire.

On recherche lors de ce test couplé à une EE une hypofixation réversible du capteur qui témoigne d'une ischémie. Ce test a une excellente sensibilité, 90% mais une spécificité un peu basse, 75% (Fig 2).

- Si la scintigraphie est anormale, allant dans le sens d'une ischémie, la probabilité de maladie coronarienne devient élevée et dans la population étudiée cela conduit à la coronarographie.

- Si la scintigraphie est normale, la probabilité de maladie coronarienne est très faible et le risque de manifestation clinique d'ischémie myocardique égal à celui de la population générale malgré l'EE positive (Tab 5).



eu une coronarographie.

Le coût global aura été de 95 scintigraphies : 95 x 600 euros = 57 000 euros. 10 coronarographies : 10 x 1950 euros = 19 500 euros. Soit au total 76 500 euros.

Parmi les 95 faux positifs, le stress persistera chez certains et sous la pression du patient ou de son en-

En d'autres termes, on réservera l'épreuve d'effort chez les sapeurs pompiers

• asymptomatiques

- Hommes :

- après 40 ans en cas de facteurs de risque significatifs

- après 50 ans de façon systématique

- Femmes ménopausées :

- après 45 ans en cas de facteurs de risque

- après 50 ans de façon systématique

Dans tous les cas, les épreuves d'effort seront renouvelées tous les 5 ans.

• symptomatiques

L'indication d'EE sera ici beaucoup plus large, la présence de facteurs de risque ne faisant que renforcer les indications. Mais l'interprétation restera difficile chez les femmes jeunes. Il faut savoir aller plus loin au moindre doute en utilisant les SMP ou les échographies de stress et si besoin, bien sûr une coronarographie diagnostique.

Dans tous les cas, il est de notre devoir de bien informer tous nos Sapeurs Pompiers sur les symptômes éventuels d'angor et la nécessité de consultation au moindre doute. Un bilan médical avec ou sans épreuve d'effort n'est pas une assurance tous risques vis-à-vis de l'insuffisance coronarienne. ■

BIBLIOGRAPHIE

- BAYES T. – An essay towards solving problem in the doctrine of chance – Phil Trans R Soc London 1763 ; 5:570.
- COMET M., MACHECOURT J., FAGRET D., VANLETTOG – Cardiopathie ischémique et médecine nucléaire – Grenoble, Editions Médicales Internationales 1999, 320 pages.
- DAIMOND GA., FORESTER JS - Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease - N. Engl J. Med. 1979 ; 300 : 1350-1358.
- KEYS, ARAVANIS C., DLALK BURN H . et al – Coronary heart disease overweight and obesity as risk factors - Ann. Intern. Med. 1972 , 77: 15-27.
- MACHECOURT J. - Epreuve d'effort et scintigraphie dans la maladie coronarienne. - In Gadeau (ed) - Traité de Médecine Paris : Flammarion 2004 ; 14 : 81-90.
- MERCADET DM. – Electrocardiogramme d'effort – Encycl. Med. Chir. (ELSEVIER, Paris) Cardiologie – Angiologie 11 -003-M-10 1998 17p.
- PAGE E., COHEN-SOLAL A., JONDEAU G., DOUARD H. – Comparison of treadmill and bicycle exercise in patients with chronic heart failure. - Chest.1994 oct. ; 106(4): 1002-6.
- Recommandations de la Société Française de Cardiologie concernant la pratique des épreuves d'effort chez l'adulte en cardiologie – Arch Mal Cœur 1997 ; 90:77-91.

SURVEILLEZ LEUR CŒUR

Le métier de pompier est de loin le plus dangereux pour le cœur. C'est ce que démontre une étude publiée par le New England Journal of Medicine du 22 mars 2007 qui affirme que 45% des décès survenant en service résultent d'un accident cardio-vasculaire. « Cette recherche indique que le risque de mourir d'une maladie cardio-vasculaire est plus élevé durant les missions d'extinction d'incendie, de réponse à des alarmes au feu ainsi que durant certaines activités d'entraînement physique », explique Stefanos Kales, professeur à l'école de santé publique de l'université Harvard et principal auteur de cette étude. Par comparaison, le taux de décès sur le lieu de travail dû à une crise cardiaque n'est que de 22% chez les officiers de police, 11% pour les personnels dans les services d'urgence des hôpitaux et de 15% pour l'ensemble des autres professions.

Les auteurs de cette étude expliquent cette incidence élevée de décès par crise cardiaque chez les pompiers par la réalisation d'efforts intenses lors des opérations d'extinction d'incendie ainsi que par leur manque de préparation physique. En outre certains pompier souffrent déjà de problèmes cardio-vasculaires et d'un poids excessif.



Courrier des lecteurs

Suis-je un cas isolé ?

Je souhaiterais réagir à l'article page 23 du dernier n° de 3SM.

Je partage le jugement de Diaforius, concernant cette « affaire » de véhicule, « d'une abyssale stupidité ».

Je voudrais tout de même vous faire part de mon cas, isolé je l'espère : MSP volontaire depuis 1982, encore en activité au SDIS 06, j'exerce mon activité libérale dans une station de ski des Alpes Maritimes. Étant le seul médecin de mon secteur, je ne prends jamais de garde VLM ou Hélico pour ne pas laisser le secteur dépourvu de médecin, l'hôpital le plus proche étant à plus de 1h30 en VSAB. En

morte saison j'assure quelques vacances de médecine professionnelle et préventive et il m'arrive aussi de « boucher un trou » par-ci par-là pour un jury d'examen. Je suis donc de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et j'assure la quasi-totalité des inters avec l'aide des SP de trois CIS du canton.

Je n'ai jamais obtenu aucun véhicule de mon SDIS : on tolère que j'emprunte une VL ou VLTT dans le garage de deux des CIS. Le premier est à environ 1 km de chez moi et on ne m'a pas donné les clés. Le second est à 6 km. Pour toute urgence vitale, en plus de la distance, il faut tenir compte du

temps pour transférer mon matériel de mon véhicule perso dans le véhicule SDIS. Autre « détail » : il y a quelques années, le SDIS a repris le scope que j'avais en dotation et ne me l'a jamais rendu ! En conclusion, à Valberg existe la seule VLTT plus ou moins VLM perso de France. Si d'aventure, d'autres confrères étaient dans cette situation, je serais heureux de savoir comment ils réagissent. Je rajouterai que cette garde quasi-permanente n'est pas reconnue comme telle, je laisse à chacun le soin d'imaginer le montant des indemnités d'intervention !

Cependant vu mon âge, mon expérience et ma bêtise, je continue à faire pinpon !

Médecin Commandant GIRAUD
MSP SDIS 06

Un nouveau nom pour notre 3SM ?

En réponse à la proposition du Medecin Colonel JC Deslandes relative à la modification du sigle du 3SM (voir l'éditorial du numéro 16 de 3SM-Mag), je souhaiterais apporter ma modeste contribution à cette recherche après avoir vainement tenté de faire varier dans tous les sens les acronymes possibles pouvant qualifier notre bon service de santé et de secours médical.

En fait, j'aime mon « 3SM » tel qu'il se présente aujourd'hui, car il sent bon la pharmacie à usage

intérieur, les départs vers l'aventure au quotidien, les coups de gueules, les franches rigolades ainsi que les soirées à bosser sur des protocoles de soins ou à bâtir des cours sur des sujets impossibles.

Le 3SM me soutient en ces journées grises où j'espère en l'Humain tout en passant devant le centre de secours de mon village et lors des soirées d'été où j'aspire au repos sous un ciel étoilé après une journée de « décalages ».

Et puis, bref : le SSSM n'est il pas

en ces temps de remises en question de nos fondamentaux, un « Service Sans Souci Majeur » ?

Dominique MORINCÔME
Infirmier chefferie santé
3SM des Landes

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



Suite de progiciels et services pour les S.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

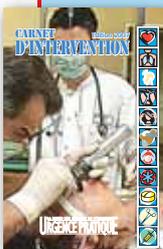


- Développement progiciels métiers
- Formation • Télé-Formation
- Contrat d'assistance
- Assistance • Télé-Assistance
- Club utilisateurs

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

Boutique du 3SM



CARNET D'INTERVENTION Edition 2006

On ne présente plus notre célèbre carnet d'intervention. Aussi indispensable que votre fidèle

stéthoscope, parions que vous ne pourrez, rapidement, plus vous en passer.

Prix : 22 € (port compris)

POCKET MASK



Masque de Poche, valve unidirectionnelle, filtre, pochette désinfectante, paire de gants à usage unique - Prix : 22 €

L'unité (port inclus)



La PUCELLE du Service de Santé
Prix : 12 €
L'unité (port inclus)

MICRO AMPOULIER

(Tissu polyester imperméable sur enveloppe thermoformée)

Produit très résistant pouvant être porté à la ceinture (fournie) ou fixé sur un sac.



Taille : 17 x 12 x 6 cm

Prix : 18 € (port compris)

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

Urgence Pratique Publications
BP26 - 34190 Ganges

www.urgence-pratique.com

4 parutions par an - Mars 2007

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.urgence-pratique.com

Inauguration d'un nouveau centre médical au BMPM

Le nouveau centre médical du BMPM inauguré en mars dernier remplace un ensemble de locaux vétustes et étroits dans lesquels le service de santé ainsi que le SMUR étaient logés depuis les années 70.



Ce centre porte le nom de Frédéric Paré, maître principal infirmier mort au combat en Afghanistan et affecté au BMPM jusqu'en 2004, avant de rejoindre les commandos Marine de Lorient.

Le développement du service médical, la professionnalisation des Armées et l'apparition de nouvelles missions ont rendu nécessaire l'accroissement des effectifs en médecins et en infirmiers et indispensable la dotation en nouveaux matériels, rendant ainsi les locaux initiaux totalement inadaptés au fonctionnement du service médical d'unité et du SMUR du BMPM. Actuellement 37 médecins temps plein, 28 infirmiers, 3 officiers chimistes, un pharmacien, du personnel marin pompier ainsi que du personnel administratif, soit au total 150 personnes, travaillent dans ces locaux dont la construction s'est achevée en décembre 2006. Les équipes du SMUR du BMPM réalisent plus de 7000 interventions par an.

PUBLICATIONS URGENCE PRATIQUE

OFFRE EXCEPTIONNELLE

Pour tout abonnement à la revue Urgence Pratique, un mini Pack offert d'une valeur de 44 euros.



3SM Mag VOTRE MAGAZINE

Voici cinq ans que nous avons créé le magazine du Service de Santé des Sapeurs Pompiers.

Il nous paraissait, en effet, incongru, que le plus important service de secours médical de France, ne dispose pas d'un lien formel d'information. Mais si le 3SM-Mag existe, et peut vous être envoyé gracieusement chez vous, c'est grâce au soutien de la revue Urgence Pratique.

Soutenez votre revue 3SM-Mag, Abonnez-vous à la revue URGENCE PRATIQUE

LA REVUE DES ACTEURS DE L'URGENCE URGENCE PRATIQUE

BULLETIN D'ABONNEMENT A TARIF PRÉFÉRENTIEL

A retourner : 4, rue des Calquières - BP 26 - 34190 Ganges

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Courriel :

Carte bancaire N° France et Dom-Tom Chèque Virement
(Carte Bleue, Visa, Mastercard) 3 derniers chiffres du cryptogramme au dos de votre carte :

Date d'expiration : Signature : _____

Abonnement	6 numéros	12 numéros
	1 an	2 ans
Individuel France	<input type="checkbox"/> 65,00 € au lieu de 80,00 € +Cadeau	<input type="checkbox"/> 110 € au lieu de 137,00 € +Cadeau

1 mini pack OFFERT en cadeau de bienvenue

Règlement par chèque ou virement bancaire à l'ordre de URGENCE PRATIQUE PUBLICATIONS
Domiciliation Bancaire : Crédit Lyonnais Ganges Banque 30002 Guichet 03038 Cpte N° 0000079118 Z-81

Traitement symptomatique au long cours des rhumatismes inflammatoires chroniques notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.

Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des rhumatismes abarticulaires, affections aiguës post traumatiques de l'appareil locomoteur, arthroses, arthrites microcristallines, radiculalgies.

Brexin®

piroxicam β -cyclodextrine

Au plus vite
au cœur de l'inflammation⁽¹⁾



(1) RCP Brexin® Propriétés pharmacocinétiques

BREXIN piroxicam β -cyclodextrine - **FORMES ET PRÉSENTATIONS** : Boîte de 14 comprimés sécables. Boîte de 14 comprimés effervescents. **COMPOSITION*** : - **Comprimé** : Complexe piroxicam β -cyclodextrine 191,2 mg/comprimé, 2,676 g/boîte, soit en piroxicam base : 20 mg/comprimé ou par comprimé effervescent. Excipients : qsp 1 comprimé ou 1 comprimé effervescent. **INDICATIONS** : Elles procèdent de l'activité anti-inflammatoire du piroxicam, de l'importance des manifestations d'intolérance auxquelles le médicament donne lieu et de sa place dans l'éventail des produits anti-inflammatoires actuellement disponibles. Elles sont limitées chez l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans au : • **Traitement symptomatique au long cours** : - des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante (ou syndromes apparentés, tels que syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter et rhumatisme psoriasique), - de certaines arthroses douloureuses et invalidantes. • **Traitement symptomatique de courte durée des poussées aiguës des** : - rhumatismes abarticulaires telles que péri-arthrites scapulo-humérales, tendinites, bursites, - affections aiguës post-traumatiques de l'appareil locomoteur, - arthrites microcristallines, - arthroses, - radiculalgies. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION*** : Voie orale. Coût du traitement journalier de la forme comprimé ou comprimé effervescent : 0,59€ à 1,19€. **CONTRE-INDICATIONS** : • **Absolues** : - Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de piroxicam ou de substances d'activité proche telles que autres AINS, aspirine. - Ulcère gastroduodénal en évolution, - Insuffisance hépatocellulaire sévère. - Insuffisance rénale sévère. - Enfants (moins de 15 ans).



Pierre Fabre

- A partir du 6ème mois de grossesse : cf. chapitre Grossesse et Allaitement. - Phénylcétonurie (du fait de la présence d'aspartam dans le comprimé effervescent). • **Relatives** : Anticoagulants oraux, autres AINS (y compris les salicylés à fortes doses), héparine (voie parentérale), lithium, méthotrexate à partir de 15 mg/semaine, ticlodipine. **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI*** - **INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES*** - **GROSSESSE ET ALLAITEMENT*** - **CONDUITE ET UTILISATION DE MACHINES*** - **EFFETS INDESIRABLES*** - **SURDOSAGE*** - **PROPRIÉTÉS PHARMACODYNAMIQUES*** : ANTI-INFLAMMATOIRE NON STÉROÏDIEN (M : système locomoteur) - **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES*** : Brexin est un complexe de β -cyclodextrine et piroxicam. • **Absorption** : Après administration par voie orale, le piroxicam libéré à partir du complexe piroxicam β -cyclodextrine est rapidement absorbé (demi-vie de résorption = 15 minutes). La biodisponibilité globale et l'importance de l'absorption ne sont pas modifiées par l'alimentation, cette dernière retardant légèrement la vitesse d'absorption. Liste I. A.M.M. 335 959.8 (08/92 - révisée 09/02) comprimé. AMM 348 777.0 (11/98 - révisée 06/99) comprimé effervescent. Prix : 8,30 € (14 comprimés), 8,30 € (14 comprimés effervescents). Remb. Séc. Soc. à 65 %. Collect. Licence Chiesi, Italie. **PIERRE FABRE MÉDICAMENT** - Laboratoire PIERRE FABRE - 45, place Abel-Gance - 92100 BOULOGNE. Information médicale : La Chartreuse 81106 CASTRES Cedex. Tél. : 05 63 71 45 00. Pharmacovigilance : Tél. : 01 49 10 96 18 (ligne directe).

*(Pour une information complète, consulter le Vidal)