

**418 MILLIONS D'EUROS  
POUR LA SÉCURITÉ CIVILE**

Le budget 2008 du ministère de l'Intérieur prévoit une enveloppe de 15,45 milliards d'euros pour remplir sa mission de sécurité et de 418 millions d'euros pour la sécurité civile, en très légère baisse par rapport à 2007. En 2007, le budget de l'Intérieur était de 15,68 milliards d'euros et celui de la sécurité civile de 429 millions. La sécurité civile dispose de 418 millions d'euros servant à lutter contre les feux de forêt ou intervenir sur des catastrophes naturelles, 241 millions d'euros étant alloués à l'intervention des services opérationnels. L'objectif est la « modernisation des matériels d'intervention sur les risques naturels et technologiques et de lutte anti-terroriste ».

**AMÉLIORER  
LES SECOURS D'URGENCE**

« Il y a un problème d'organisation. Il faut le traiter et le trancher », c'est en ces termes que Nicolas Sarkozy concluait le congrès de la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, à Clermont-Ferrand. Il faisait bien entendu allusion à l'indispensable réorganisation des secours d'urgence en France, via une meilleure coordination entre les pompiers et le Samu. Le président de la république enfonçait le clou par ces mots : « mon sentiment est que l'on a laissé les deux institutions trop longtemps vivre dans leur logique propre... ». En outre, il s'est prononcé pour une expérimentation de coopération nouvelle entre pompiers et le Samu.

**NOUVEAU MESSAGE SUR LES  
BOUTEILLES D'ALCOOL**

L'arrêté ministériel est entré en vigueur en septembre dernier : les bouteilles d'alcool devront comporter un message sanitaire mettant les femmes enceintes en garde contre les effets de l'alcool sur le fœtus. Il pourra prendre la forme d'un pictogramme ou d'une phrase d'information. L'alcoolisation fœtale est effectivement la première cause non génétique de handicap mental.



## Un combat commun

### La pérennité du secours et des soins

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

**Edito** Médecin de SAMU j'ai été, et j'en suis fier. Médecin SP je suis, et j'en suis fier. Je ne renie aucun de mes engagements, qui comme pour la très grande majorité de vous tous (et toutes) n'ont été guidés que par l'amour de la médecine, et tout particulièrement de cet exercice particulier qu'en est l'urgence. J'ai adoré mon travail hospitalier, où à l'ombre de mes maîtres j'ai acquis les fondamentaux de mon métier. N'oublions jamais que c'est là que s'élaborent les bonnes pratiques. J'ai découvert avec bonheur le milieu Sapeur Pompier et la fraternité solidaire des casernes de nos petits villages. J'ai communiqué avec des gens modestes de fonction, mais nobles de cœur. Je serais toujours à leurs côtés pour qu'ils soient respectés, mais surtout pour que perdure cet élan généreux qui les anime. Si bien des médecins (ou infirmiers) hospitaliers continuent à œuvrer comme médecins (ou infirmiers) volontaires chez les SP, c'est bien parce qu'ils partagent aussi ces valeurs, et qu'ils perçoivent combien est indispensable



ce réseau rural complétant parfaitement l'action de leurs SAMU et SMUR.

Ce réseau est riche de médecins animés d'un esprit qu'il faut préserver lui aussi. J'ai découvert, avec le 3SM, un monde médical d'une richesse humaine exceptionnelle. Qu'ils soient baptisés capitaines ou correspondants n'est pas l'essentiel, mais bien le fait qu'ils soient disponibles en tous temps et en tous lieux pour soulager, toujours, et sauver, parfois. N'oublions pas que l'art qu'ils exercent n'appartient à personne, si ce n'est à la victime qui en bénéficie.

La qualité du soin apporté reste l'objectif majeur du Président de la FNSPF. Il en a fait sa profession de foi. L'intérêt supérieur des patients est aussi le souci du Président de SAMU de France, j'en suis persuadé. Alors cultivons les valeurs de partage plutôt que de pouvoir. C'est ce qu'attendent nos concitoyens.



## Humeurs

### Ils disent mais ne font pas

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

On peut comprendre - et c'est mon cas - la colère des internes en octobre dernier. Rien d'étonnant à leur mécontentement face à un projet de loi contraignant les futurs médecins libéraux à visser leur plaque en zone rurale ou en banlieue défavorisée, en limitant l'installation des nouveaux venus dans les zones où ils sont déjà trop nombreux.

On peut comprendre... mais on peut aussi trouver cela très positif et se réjouir de ce que notre gouvernement - grand pourfendeur de privilèges - impose de salubres mesures pour le plus grand bénéfice de tous les patients. Mais si c'est le cas, pourquoi ne pas se demander au nom de quels principes l'Etat imposerait à nos jeunes confrères une conduite qu'il se refuse lui-même à adopter. Ces zones désertifiées ou défavorisées dans lesquelles il pousse à l'installation forcée ne sont-elles pas les mêmes que celles dans lesquelles - et au même moment - il supprime les maternités, retire les tribunaux, ferme les classes et fait disparaître les commissariats ? « Ils lient de pesants fardeaux et les imposent aux épaules des gens, mais eux-mêmes se refusent à les remuer du doigt »\* comme disent les Ecritures, qui recommandent de ne pas se régler sur les conseils de ceux « qui disent mais ne font pas »\*.

\* : Evangile selon Matthieu 23, 3-4

**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  $\beta$ -cyclodextrine

Au plus vite  
au cœur de l'inflammation<sup>(1)</sup>



(1) RCP Brexin® Propriétés pharmacocinétiques

BREXIN piroxicam  $\beta$ -cyclodextrine - **FORMES ET PRÉSENTATIONS** : Boîte de 14 comprimés sécables. Boîte de 14 comprimés effervescent. **COMPOSITION\*** : - **Comprimé** : Complexe piroxicam  $\beta$ -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 gastro-duodénal en évolution, - Insuffisance hépatocellulaire sévère. - Insuffisance rénale sévère. - Enfants (moins de 15 ans).

- 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\*** : **ANTIINFLAMMATOIRE NON STEROÏDIEN** (M : système locomoteur) - **PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES\*** : Brexin est un complexe de  $\beta$ -cyclodextrine et piroxicam. • **Absorption** : Après administration par voie orale, le piroxicam libéré à partir du complexe piroxicam  $\beta$ -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).



Pierre Fabre

\* (Pour une information complète, consulter le Vidal)





# Madame Michèle Alliot-Marie, Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, et des Collectivités Territoriales, a souhaité s'adresser aux membres du Service de Santé à travers leur revue.

Nous la remercions de sa confiance et lui donnons, tout de suite, la parole.

**Médecin Colonel Jean-Claude Deslandes :** *Le service de santé des sapeurs-pompiers est composé de professionnels, mais aussi et surtout de volontaires engagés dans tous les centres de secours. Quelles fonctions souhaitez-vous les voir tenir ?*

**Madame Michèle Alliot-Marie :** La première des missions du service de santé consiste à fournir un soutien sanitaire aux sapeurs-pompiers dans le domaine de la prévention comme dans celui des interventions sur le terrain.

Les actions de prévention ont permis ces dernières années de diminuer sensiblement le nombre d'accidents graves.

Le soutien en intervention permet aux sapeurs-pompiers de s'engager en sachant qu'ils pourront être secourus en cas d'accident.

La seconde mission est la participation, avec les autres acteurs de l'urgence, à l'aide médicale urgente. Cette mission, comme le prévoient les textes réglementaires en vigueur, peut prendre plusieurs formes, intervention directe sur le terrain, encadrement et suivi de la formation aux premiers secours des sapeurs-pompiers qui sont souvent les premiers intervenants face à l'urgence.

Je tiens à rendre hommage aux volontaires, médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers dont les compétences sont indispensables et qui sont appelés à remplir les mêmes missions que les professionnels.

**J.C.D. :** *Nos relations avec nos collègues hospitaliers ne sont pas toujours empreintes de sérénité. Quelles réactions vous suscitent les récents débats ?*

**M.A.M. :** Il est essentiel que les médecins et personnels de santé qui participent aux secours à nos concitoyens, quelle que soit leur appartenance, travaillent ensemble pour apporter les meilleurs services possibles. Le débat ouvert par la Fédération nationale des sapeurs-pompiers a permis de poser quelques problèmes réels. Il nous revient ensemble, avec le Ministère de la Santé d'y apporter des réponses. La polémique doit laisser place au travail.

Dans un grand nombre de départements les choses se passent bien entre les différents intervenants, sapeurs-pompiers, SAMU et ambulanciers. Une trentaine de plate-formes communes de traitement des appels et 66 conventions tripartites ont été signées et fonctionnent.

Les équipes des Ministères de l'Intérieur et de la Santé continuent de travailler en vue de l'amélioration de notre dispositif de secours à personnes.

Ces mesures seront expérimentées dès le début de l'année 2008 comme l'a souhaité le Président de la République à Clermont-Ferrand. Nous en examinerons les résultats au début de l'été avec l'ensemble des acteurs concernés et nous en tirerons alors les conclusions.

**J.C.D. :** *Un des fondateurs des SAMU, le professeur Louis Serre, était aussi le premier médecin chef de sapeurs-pompiers de France. Nous avons un peu perdu de vue son héritage de partage des tâches. N'est ce pas le rôle des institutions de nous le rappeler ?*

**M.A.M. :** Le professeur Louis Serre fait partie des précurseurs qui

à l'époque cumulaient les différentes fonctions. La professionnalisation du soutien sanitaire rend ce cumul plus difficile maintenant. Le partage des tâches entre les intervenants hospitaliers, les ambulanciers et les sapeurs-pompiers doit se faire dans l'intérêt de nos concitoyens sans exclusive ni rejet.

**J.C.D. :** *Nos services d'urgence, tant hospitaliers que sapeurs-pompiers entretiennent peu de relations avec les services équivalents d'Europe. Ce splendide isolement n'est-il pas réducteur ?*

**M.A.M. :** Il est toujours intéressant de regarder ce que font nos voisins, d'échanger, de partager, le meilleur de nos spécificités. Des contacts existent déjà. Il faut les renforcer. J'ai déjà lancé des pistes

lors de la réunion des Ministres de l'Intérieur à Lisbonne. La France présidera l'Union européenne au deuxième semestre 2008, ce sera l'occasion de prendre de nouvelles et fortes initiatives dans le domaine de la Sécurité civile. Je les prépare.

**J.C.D. :** *Quelle place souhaitez-vous voir tenir aux infirmiers sapeurs-pompiers ?*

**M.A.M. :** Les infirmiers sapeurs-pompiers assurent déjà de nombreuses missions au sein du Service de santé dans le cadre de leurs attributions réglementaires. Dans certaines régions, là où les distances ou les délais rendent les interventions médicalisées plus difficiles, la réponse graduée, sous la forme de protocoles d'urgence de soins infirmiers, est déjà en place. L'expérimentation qui sera condui-

te en 2008 me permettra d'évaluer les résultats de ces initiatives et éventuellement de les étendre là où ce sera nécessaire.

**J.C.D. :** *En termes de défense civile du territoire, le 3SM constitue un maillage exceptionnel. Un renforcement de ce rôle ne doit-il pas être envisagé ?*

**M.A.M. :** Le service de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers remplit déjà son rôle partout où il est engagé. Le maillage que réalisent les médecins volontaires partout sur notre territoire est un facteur important de la sécurité de nos concitoyens, il convient de le développer en poursuivant le recrutement de médecins sapeurs-pompiers volontaires.

**J.C.D. :** *Avez-vous un message particulier pour les médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers sapeurs-pompiers ?*

**M.A.M. :** Je souhaite donc ici leur témoigner ma gratitude et celle du gouvernement pour l'ensemble des sapeurs-pompiers. Nous savons tous que nous pouvons compter sur eux face aux difficultés.

Les médecins, pharmaciens, vétérinaires et infirmiers sapeurs-pompiers, professionnels et volontaires, sont engagés auprès des sapeurs-pompiers au service des Français. Ils sont présents partout jusque dans les endroits les plus isolés où ils sont parfois le dernier recours de nos concitoyens face aux difficultés de toutes sortes.

Je leur adresse ma reconnaissance, mon estime, et toute ma confiance.

# CYANOKIT<sup>®</sup> 2,5 g

HYDROXOCOBALAMINE

## Traitement préférentiel<sup>(1)</sup> des intoxications par les cyanures

Traitement antidotique des  
intoxications aiguës par :

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



STORM - 06/2007

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

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

Merck Produits d'Urgence



# Manifeste sur le secours à personnes

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



Nul n'imaginait qu'un manifeste destiné à faire évoluer le secours à personnes puisse provoquer autant de turbulences dans le milieu hospitalo-universitaire. Nul n'imaginait qu'un manifeste, synthèse d'une étude nationale, de nombreux écrits du terrain, soit suspecté de malhonnêteté intellectuelle. Nul n'imaginait enfin que la publication d'un manifeste soit l'occasion de ranimer des querelles du passé et d'attiser des conflits personnels.

Simple dérapage, témoignage d'un mal vivre ou souhait de transposer le débat ailleurs ? Aujourd'hui le soufflet semble tomber, la table des négociations et des conciliations est installée et le Président de la République est devenu le garant de l'aboutissement de ce dossier. Alors, chacun doit réfléchir, en dehors de tout corporatisme au meilleur que nous pouvons apporter à la victime, centre de notre préoccupation. Chaque partenaire doit regarder le vécu quotidien de son service,

ses dysfonctionnements, ses faiblesses, ses forces et demain, si la sagesse, la lucidité et la tolérance prévalent, nous aurons reconstruit le temple de l'urgence dans lequel chaque citoyen trouvera une réponse à sa détresse qu'il vive en milieu urbain ou rural, avec en chacun des ces lieux les mêmes critères d'efficacité. Alors nous aurons gagné notre challenge. ■

## GRUISSAN

### Journées du 3SM du 16 au 18 novembre 2007

#### RÉUSSITE INDÉNIABLE

En tant qu'organisateur, il serait mal venu pour nous de faire des commentaires par trop élogieux de nos Journées du 3SM. Ne boudons pas, cependant, notre plaisir car si l'on en croit les messages que nous recevons de tous les coins de France, ce fut une réussite. Au-delà de la reconnaissance apportée à nos travaux par la présence du Préfet Henri Masse, Directeur de la Défense et de la Sécurité Civiles, et de celle de Richard Vignon, Président de la Fédération, la présence soutenue des congressistes à toutes les



Le colonel Vignon était parmi nous.

séances, y compris jusque tard le dimanche, est significative de la qualité des débats.

#### PORTÉE INTERNATIONALE

Nos conférenciers québécois, suisses et belges ont toujours

autant de succès, et les communications faites par les membres du 3SM ne leur cédaient en rien dans les propositions pratiques et dynamiques.

#### PRATIQUE AVANT TOUT

L'idée d'une demi-journée dédiée à des ateliers est certainement à conserver, car ils ont tous été pris d'assaut. Il faut en féliciter les maîtres d'œuvre, et nous aurons une pensée particulière pour les sages femmes sapeurs-pompiers du Haut Rhin qui ont dirigé avec talent et passion l'atelier dédié aux accouchements extra hospitaliers. C'est certainement ce modèle de journées que nous conserverons à Evian, avec le comité scientifique dirigé par notre référent Fabien Trabold.

A bientôt donc ! ■

Le médecin-colonel Jean-Yves Bassetti s'adresse à un auditoire passionné.



## Nouveau LOGO

### DU NEUF A LA FÉDÉ

Le logo de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France (FNSPF) vient d'avoir 10 ans. Cet anniversaire a été l'occasion d'un « relookage ». Sa nouvelle apparence, révélée à l'occasion de la journée d'inauguration du 114<sup>ème</sup> congrès national des sapeurs-pompiers, a été décryptée par le colonel Richard Vignon qui en a dévoilé les arcanes en ces termes : « Ce logo est doté d'une base large, socle de la FNSPF qui repose sur l'unité et la solidarité des sapeurs-pompiers. Sa forme pyramidale évoque la structure fédérale, ses bras ouverts représentent l'ouverture sur le monde et la posture du sapeur-pompier montre qu'il est tourné vers l'avenir ».



Fédération Nationale  
sapeurs-pompiers de France



© Philippe Franc - SDSIS 11.

# NICOPATCH®

NICOTINE

DISPOSITIF TRANSDERMIQUE



## LA LIBERTÉ DE NE PLUS FUMER



[www.nicopatch.com](http://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 cm<sup>2</sup>. Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 35 mg/20cm<sup>2</sup>. Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 17,5 mg/10 cm<sup>2</sup>. 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/m<sup>2</sup>. 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 14mg/24h puis NICOPATCH 7mg/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 du 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'aphthes 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 cm<sup>2</sup> (21 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 700 0. Boîte de 7 : AMM 334 696 3. 20 cm<sup>2</sup> (14 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 695 7. Boîte de 7 : AMM 334 692 8. 10 cm<sup>2</sup> (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** 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 DELIVRANCE :** Médicament non soumis à prescription médicale, non remboursé séc. soc. et agréé collectivités. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Laboratoires Pierre Fabre Médicament-45, place Abel Gance-92100 Boulogne. **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** Juillet 2004. \*pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal®.





# Congrès « Emergency Medical Services »

## «EMS Expo» Orlando 2007

De notre envoyé spécial : Médecin Colonel Francis LEVY. - SDIS 68.

*Cette année le congrès des « Emergency Medical Services » Nord-Américain s'est déroulé à Orlando du 11 au 13 octobre et était jumelé avec la réunion du journal Firehouse Central (Fire-Rescue-EMS) organe des services d'incendie, de secours et d'urgence médicale.*

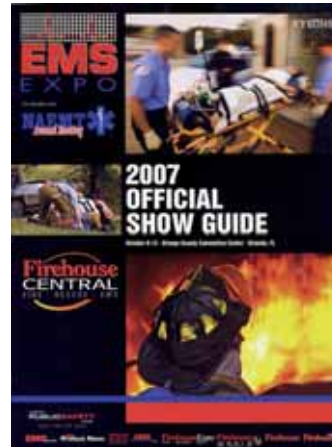
Comme chaque année, le congrès était précédé par un pré congrès pour les classiques formations ACLS, PHTLS, AMLS et Emergency Pediatric Care ainsi que les formations d'instructeurs. Cette année en plus des cours évoqués précédemment, on pouvait assister à une session de formation pour les cadres des services d'urgences pré hospitaliers intitulée : « Beyond the street, essentials skills for emergency services supervisors ». Il s'agit pour les futurs responsables de services d'urgences pré hospitaliers de passer du terrain au management d'un service, d'apprendre à encadrer les équipes avec une pratique essentielle de « feed back », d'un entraînement aux ressources humaines, au coût financier, à la construction d'un budget avec un rapport coût qualité et l'initiation aux questions de sécurité en intervention et du management de la qualité. Voilà un programme dont on pourrait largement s'inspirer pour la gestion de nos SMUR et SSSM. Je n'ai pas encore vu l'équivalent en France.

Pour le reste l'ensemble des sujets d'actualité en médecine d'urgence pré hospitalière ont été abordés et il n'est pas possible de rendre compte de l'ensemble. Une place de choix a été donnée à ce qui pourrait se traduire comme la médecine d'urgence tactique (tactical emergency medicine). Il s'agit de sujets de terrain, qui abordent les particularités de l'urgence technique, en milieu rural, le support médical des interventions dangereuses, les risques chimiques, l'interface air-sol, la prise en charge des blessés sur la ligne de front et les aspects médicaux des opérations complexes notamment lors d'intervenants multiples. Il existe bien

sur quelques controverses concernant cette médecine tactique, en particulier comment engager les équipes médicales et jusqu'à quel point lorsque la sécurité des intervenants est en jeu. Comment apporter de bons secours et de la bonne médecine dans de mauvais endroits reste un sujet entier que nous devons sans doute envisager aussi en France.

Au plan médical il n'y a pas de révolution sur l'arrêt cardiaque par rapport à la conférence de 2005, la Vasopressine n'a toujours pas apporté de preuve suffisante pour remplacer l'Adrénaline.

Une conférence consacrée aux controverses en traumatologie a fait le point de l'évolution des techniques dans ce domaine. Parmi les points principaux j'ai retenu que la SpO<sub>2</sub> et la capnographie sont devenus un standard de prise en charge pour le patient intubé et plus particulièrement chez le traumatisé crânien. Certains intervenants pensent qu'il vaut mieux surseoir à une intubation en pré hospitalier chez l'enfant en la remplaçant par une ventilation au masque bien faite si elle s'avère difficile et qu'on n'a pas une pratique suffisante (surtout si elle s'avère difficile). L'immobilisation spinale a été largement discutée, elle doit prioritairement se baser sur l'appréciation de la scène et de la cinétique conformément aux travaux qui ont été réalisés par l'université de Mexico sur le sujet. Pour l'immobilisation des membres le critère le plus sûr reste l'immobilisation dès lors qu'une radiographie s'avère nécessaire aux urgences, si un cliché ne paraît pas utile l'immobilisation ne l'est pas plus. Quoiqu'il en soit il est recommandé d'avoir de vrais protocoles d'immobilisa-



tion pour les services d'urgence pré-hospitaliers et de ne pas mettre sur la planche de façon systématique. L'hypotension permissive dans les chocs hémorragiques est largement conseillée. L'objectif tensionnel pour le remplissage en pré hospitalier lors des hémorragies instables a été largement discuté. Un consensus se fait jour sur le maintien d'une perfusion suffisante avec une tension artérielle à  $\frac{2}{3}$  de la pression artérielle normale préexistante à l'accident sauf en cas de traumatisme crânien. Un chiffre de pression artérielle systolique supérieur à 80 ou 90 mmHg n'est pas indiqué en cas d'hémorragie non stabilisée. Pour les traumatisés crâniens le consensus européen est maintenant définitivement acté par les Nord Américains avec la recommandation d'une SpO<sub>2</sub> supérieure à 90%, d'une TA la plus proche de la normale et supérieure à 100 mmHg de systolique pour prévenir les lésions secondaires. La sédation est indiquée pour limiter l'hypertension intracrânienne mais l'utilisation de mannitol ne paraît pas démontrée en pré hospitalier et on ne dispose pas encore d'un recul suffisant pour une recommandation de niveau 1 pour l'utilisation de sérum salé hypertonique. Il a été particulièrement in-

sisté sur la valeur de l'examen des pupilles dont toute asymétrie supérieure à 1 mm leur paraît significative tout comme l'absence de réaction à la lumière des pupilles fixes en myosis. Ces éléments ne sont valables qu'en l'absence de traumatisme orbitaire ou oculaire. Les solutés glucosés sont à proscrire lors de traumatisme crânien.

Dans le domaine de l'amélioration du transport des victimes « l'anatomie et la physiologie des ambulances » intéressent de plus en plus les chercheurs en vue de la création de l'ambulance idéale. En médecine de catastrophe c'est le Fire Chief Jim Clack qui a présenté une Keynote spéciale sur l'effondrement le 1 août dernier du pont sur la Interstate 35 West à Minneapolis. Cet ouvrage métallique qui date de 1967 avec un trafic de 141000 véhicules jour s'est brutalement effondré alors que 110 véhicules le traversaient avec 190 personnes à bord. Cette catastrophe n'a de fait que fait 13 morts dont un seul parmi la centaine de victimes hospitalisées ce qui est une démonstration éclatante de la qualité des services d'urgences pré hospitaliers et hospitaliers qui sont intervenus. Jim Clack a particulièrement insisté sur la nécessité d'avoir une chaîne de commandement intégrée dans laquelle chacun connaît sa place et connaît les impératifs opérationnels de chaque service. C'est la clé du succès d'une opération de cette ampleur sous l'œil critique des médias internationaux.

L'exposition associée au congrès est à la mesure du continent américain avec des véhicules de rêve et cette année des nouveaux modules PMA tout à fait impressionnants. L'éducation à l'intervention d'urgence préhospitalière avec des matériels de simulation de plus en plus perfectionnés a été particulièrement importante.

Au total, le plus remarquable est l'énorme vitalité qui se dégage de ces EMS et des intervenants pré hospitaliers et de leurs partenaires hospitaliers pour l'étude des interventions, des recherches et de la permanente remise en question dans l'unique but d'améliorer leurs prestations. ■

## PRINCIPES POUR UNE ORGANISATION EFFICACE DU SECOURS À PERSONNE

Le manifeste « sauver le secours à personne » pré suppose dans son préambule que la victime doit être placée au centre des préoccupations. Il affirme donc on ne peut plus clairement que l'intérêt de la victime doit primer sur toute autre considération. A partir de cette base, la FNSPF a donc défini sept principes fondamentaux, sans lesquels il ne peut y avoir de secours efficaces, c'est-à-dire garantissant partout et toujours une qualité et un accès identiques pour tous :

**1 • L'État doit être au cœur du dispositif**, puisque le secours à personnes relève de sa responsabilité (mission régalienne). Il doit définir et coordonner les missions de chaque acteur sans intervention non contrôlée du secteur privé. Il doit veiller au maintien de ses principes de gratuité et de non concurrence (service public). Il doit réaffirmer le principe d'exclusivité de compétence des SDIS sur les missions de prompt secours et celles dans les lieux publics, ainsi que leur capacité à intervenir d'initiative en pleine autonomie.

**2 • Les opérations de secours sont un préalable aux actes de soins**, ce qui détermine la place de chacun dans les interventions :

- les sapeurs-pompiers prennent en charge en continu les secours, à savoir les opérations de sous-traction de la victime du milieu périlleux dans lequel elle se trouve et les gestes médico-secouristes jusqu'à la porte de l'hôpital ;
- les structures hospitalières, ensuite, ont pour mission les soins, à savoir le rétablissement de la santé de la victime.

**3 • Le doute doit bénéficier à la victime.**

Si l'appel est urgent ou semble l'être, les moyens de secours des sapeurs-pompiers doivent être déclenchés automatiquement.

# Congrès de l'Eau et du Feu !

## 114<sup>ème</sup> congrès national des Sapeurs-Pompiers Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)



Ce sont, près de 4.000 congressistes et 40.000 visiteurs qui se sont rendus à la Grande Halle d'Auvergne du 26 au 29 septembre derniers.



© Le Sapeur-pompier.

### Forum secours à personnes

*« Le secours à personne est en danger et si nous ne faisons rien, la qualité des secours s'en trouvera gravement atteinte ».*

C'est par cette formule choc que le colonel Richard Vignon, président de la FNSPF choisit d'ouvrir les débats. Selon lui, c'est dans cette formulation que le Manifeste trouve toute sa légitimité : décrire les problèmes tels qu'ils se posent, dans le double but de faire des proposi-

tions et de trouver des solutions. Ces propositions, synthèse d'une longue enquête de terrain, ont été présentées successivement par l'ensemble des membres du comité exécutif. Au cours d'échanges passionnés, les 24 propositions ont été décryptées, appuyées cha-



© J. Bertrand/DDSC.

### Réunion des infirmiers

Les infirmiers se sont réunis, encadrés par le Groupe Technique des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (GTISP) dont la nouvelle composition, riche de 15 membres, a été présentée. Il a été largement question de la parution des derniers textes relatifs à la formation conduisant au brevet d'infirmier d'encadrement. Un point a notamment été fait sur

la catégorie A. Les propositions fédérales concernant la modification des attributs des ISP ont également été présentées de même que le projet de formation concernant tant les ISPP que les ISPV...

### Réunion des pharmaciens

Outre les informations réglementaires concernant les textes de santé publique, un exposé a été

consacré à l'accident ayant eu lieu au SDIS 06 concernant une bouteille d'oxygène. Le groupe technique a présenté les travaux réalisés sur le « livre vert des pharmacies » et sur les indicateurs d'activité et de qualité d'une PUI. Il a également été question du décret modificatif au décret des PUI, du projet d'arrêté sur le circuit du médicament et du projet d'arrêté sur les bonnes pratiques de pharmacies de SDIS.

### INTERACTIVITÉ

Les discussions ont été nombreuses traduisant parfaitement l'inquiétude des soldats du feu face à la situation actuelle. Si l'on en croit les applaudissements, chacun a pu constater que le Manifeste satisfaisait la grande majorité des personnes présentes. Le médecin colonel Jean-Yves Bassetti concluait les débats en rappelant que « l'heure est à présent au travail » et qu'il convient maintenant de « continuer à faire remonter les informations du terrain, faire connaître les propositions exposées, réfléchir à ce qui est positif pour nous et aussi se faire reconnaître au quotidien. Ce travail n'est pas une fin mais bien un début ».





© J. Bertrand/DDSC.

Le préfet Henry Masse : un orateur pertinent

## Carrefour santé

Le carrefour Santé, animé par les Drs Bassetti, Levy et Lagray, a réuni près de 200 membres du 3SM. Il a été question de plusieurs sujets, essentiels pour le devenir de notre service de santé.

Le régime indemnitaire des professionnels du 3SM doit permettre de donner de véritables carrières aux personnels qui s'y investissent. À ce titre, M. Cadiot a exposé les tendances fortes qui seront reprises dans les textes futurs. Le principe retenu sera l'alignement des « képis rouges » sur les « képis

noirs ». Le positionnement du médecin-chef - et plus généralement celui de la chefferie Santé - au sein de la direction des SDIS a ensuite fait l'objet d'échanges. En effet, de nombreuses disparités existent toujours entre les différents départements. La formation des personnels du service de santé doit être

d'excellent niveau, la règle de valider les acquis antérieurs doit servir de principe de base. Sylvie Riques a précisé à ce propos que les membres volontaires du 3SM devraient pouvoir bénéficier d'une formation de proximité, évitant des déplacements importants.



© J. Bertrand/DDSC.

Le Dr Jean-Yves Bassetti.

### Pôle santé

Les fiches emplois, récemment finalisées, vont permettre de définir les différents niveaux de formation. Pour le cœur du métier, ce sont les écoles de proximité, en liaison avec les universités, qui s'en chargeront. Diverses questions ont alors fait l'objet d'un temps d'échange avec Henri Masse, directeur de la DDSC. Le thème de la complémentarité avec les instances de la Santé a ensuite été abordé. Mentionné parmi les propositions de la FNSPF au sein du Manifeste, il nécessite une implication forte de la DDSC en la matière. Ainsi, au sein de la sous-direction de la DDSC, le pôle Santé devra se renforcer dans les prochaines années. ■



© J. Bertrand/DDSC.

Trois générations de Médecins-Chefs de la BSPP passionnés pas les débats.

## Carrefour secourisme

Pas moins de 300 à 400 personnes assistaient au carrefour Secourisme, animé par le Dr Frey. Les membres de la commission sont présentés aux participants, avant de faire un point précis sur les nouveaux textes, dont la totalité devrait être publiée au cours de l'année 2008. Le médecin colonel Bassetti, membre du CE de la Fédération, souligne que deux manières d'enseigner le secourisme coexistent, l'une à l'adresse des sapeurs-pompiers et l'autre destinée au grand public. Par ailleurs, le SST sera maintenu jusqu'au moins en 2011, car il nécessite une intégration de la partie prévention dans le PSC 1. Quant aux formations SAP, il y aura deux formules, soit celle avec PSE 1 + PSE 2 + complément professionnel, soit une formule plus globale qui permettra d'obtenir des équivalences au PSE 1 et au PSE 2 ultérieurement. La finalisation de cette dernière formation, plus adaptée aux sapeurs-pompiers, est actuellement à l'étude. Enfin, il apparaît nécessaire de relancer une formation de pédagogie du secourisme pour les médecins. ■



© Le Sapeur pompier.

**4 • Des secours efficaces et adaptés sont rapides**, puisque le temps est essentiel pour préserver et sauver la victime. Pour raccourcir les délais d'intervention, les secours doivent être systématiquement envoyés et dimensionnés a priori puis complétés, le cas échéant, par des moyens gradués.

**5 • Les secours doivent pouvoir être envoyés rapidement en tout point du territoire.**

Seul le maillage territorial dense des sapeurs-pompiers garantit l'égalité des chances pour tous les citoyens, les autres acteurs intervenant en complément, ponctuellement, en fonction de leurs spécialités.

**6 • L'équipe sur place est la plus compétente pour évaluer l'état de la victime.**

Une victime ne peut être correctement secourue à distance et par téléphone ; par conséquent seuls les acteurs sur place sont aptes à évaluer son état. Leurs demandes, en particulier de renfort, doivent donc être systématiquement suivies d'effet sans pouvoir être discutées a priori.

**7 • L'unité de commandement est la première règle de l'efficacité,**

de l'arrivée sur les lieux à la prise en charge par l'hôpital. Ce qui n'exclut pas, en tant que de besoin, la demande de conseil auprès des autres acteurs. Le rôle essentiel du commandant des opérations de secours sapeur-pompier doit être reconnu, ainsi que son autorité. Les autres acteurs doivent être formés à ce dispositif.

Le manifeste fait également état de 24 propositions concrètes organisées selon quatre volets d'actions :

1. Sensibiliser la population aux secours.
2. Améliorer l'efficacité et la cohérence du dispositif.
3. Garantir une formation adaptée.
4. Clarifier l'organisation institutionnelle et financière.

**NDLR** : Le texte complet du manifeste est disponible au téléchargement sur le site de la fédération : <http://www.pompiers.fr>

**CERTIFICAT PRÉNUPTIAL : C'EST FINI**

Les députés viennent de supprimer l'examen pré-nuptial que les futurs époux devaient subir avant le mariage. Obligatoire depuis 1942, cette consultation donnait lieu à un bilan médical ainsi qu'à une information sur la grossesse, la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Cette suppression se justifie par le fait que 40% des naissances ont lieu aujourd'hui hors mariage.

En outre, la disparition de cette consultation, qui concernait chaque année quelque 270 000 couples, représentera 14 millions d'euros d'économie par an pour la sécurité sociale.

**CAMPAGNE D'INFORMATION SUR LES INTOXICATIONS AU MONOXYDE DE CARBONE**

Pour prévenir les risques d'intoxication au CO et d'incendies domestiques, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) lance une campagne d'information à l'approche de l'hiver : spots sur les radios, dépliants et affichettes, donnent des conseils pour éviter les accidents. Une action de prévention utile lorsque l'on sait que le CO fait 6000 victimes chaque année, entraînant près de 300 décès dont 150 d'origine domestique et que les incendies domestiques provoquent 10.000 victimes par an dont environ 460 décèdent.

**LA PROTECTION CIVILE À L'HEURE DE L'INVENTAIRE**

Les pays européens vont faire l'inventaire de leurs forces de protection civile pour mieux identifier les lacunes de l'UE dans la foulée des catastrophes naturelles de cet été. C'est ce qu'a indiqué Michèle Alliot-Marie, ministre de l'Intérieur, au début du mois d'octobre lors d'une réunion avec ses homologues à Lisbonne. La France est à l'origine de cette démarche « pragmatique » destinée à identifier les « lacunes capacitaires » de l'UE, qui manque par exemple notamment de moyens aériens pour combattre les feux de forêt ou transporter des pompiers.

# Logistique pharmaceutique en zone contrôlée

## Préparation extemporanée d'antidotes

Ph Cne Laetitia GILARDI - Ph Cdt Geneviève ETIENNE  
Méd Cne Isabelle GARCIA - ISPV Valérie VINCENT (SDIS 26)

*Lors d'un exercice zonal PIRATOX, nous avons organisé la logistique pharmaceutique pour un binôme Médecin/Infirmier agissant en zone contrôlée en Tenue Légère de Décontamination.*

L'objectif était de dimensionner une logistique permettant la prise en charge de 10 victimes soumises à une agression chimique. Nous avons pris en considération d'autres facteurs limitatifs en cas de Plan Piratox :

- intervention sans équipement de réanimation,
- engagement de personnels sans formation spécifique en anesthésie-réanimation,
- équipes en tenue RBC.

En zone contrôlée, les actions des membres du 3SM sont uniquement à visée conservatoire. En sus des gestes classiques de secourisme, nous avons donc axé la logistique sur l'oxygénation des victimes et l'administration de médicaments à visée symptomatique, par voie IM uniquement.

**CHOIX DES MÉDICAMENTS**

Nous avons volontairement choisi des produits d'approvisionnement courant, et habituellement disponibles dans les PUI. Le choix s'est fait en fonction des différents symptômes pouvant apparaître dans ce type d'attentat : Rivotril® injectable 1 mg/1 ml pour son action anticonvulsivante, Ventoline® injectable 0,5 mg/1 ml pour son action bronchodilatatrice, Atropine® injectable 1 mg/1 ml pour son effet anticholinestérasique.

**Préparation des seringues :** Les produits ont été reconstitués en limite zone de soutien/zone contrôlée, par un binôme pharmaceutique. Ils ont été transférés dans des seringues sur lesquelles étaient montées des aiguilles de sécurité (retrait de l'aiguille dans le corps

de la seringue après injection). Sur chaque seringue a été collé une étiquette adhésive comprenant le nom du produit et son dosage. Pour limiter les risques de confusion, nous avons associé un code couleur à chaque médicament. Chaque seringue était déposée dans un sac type Ziploc®, sur lequel était collé une autre étiquette d'identification. Cela a permis au binôme médical une meilleure préhension de la seringue et une bonne identification du produit.

**Identification des produits administrés :** En situation d'urgence, il est parfois difficile de savoir quels

actes médicaux ont été réalisés avant l'admission de la victime au PMA. Face à cette problématique, nous avons décidé de mettre en place une méthode d'identification des produits

avec des plombs de grande taille, susceptibles d'être passés au poignet de la victime. Nous avons utilisé des plombs de couleurs différentes, sur lesquels était noté le nom et le dosage du médicament. Le plomb était mis dans le sac Ziploc® avec la seringue de sécurité étiquetée.

Une fois complet, le sac était déposé sur une table, en limite de zone de soutien/zone contrôlée, de façon à limiter les contacts entre le binôme médical en EPI et le binôme pharmacien en tenue F1.

**RETOUR D'EXPÉRIENCE**

Dans le cadre de cet exercice, le binôme médical nous a demandé une douzaine de seringues reconstituées. Il a apprécié d'avoir des produits prêts à l'emploi, per-



mettant de limiter les gestes médicaux. L'identification des sacs et des seringues pouvait pallier aux contraintes du port de l'EPI (vue, ouïe). La voie IM, choisie dans le postulat, leur a semblé la plus adaptée à la situation d'urgence. Le fait d'avoir à disposition des seringues de sécurité leur a permis de laisser sur le terrain les dispositifs usagés, sans que cela soit dangereux pour les victimes ou les autres intervenants. Ils n'ont pas eu de problème pour mettre en place le plomb d'identification du produit au poignet de la victime. Les victimes sont passées en chaîne de décontamination et sont arrivées au PMA avec leur bracelet sans que celui-ci ne casse.

**AXES D'AMÉLIORATION**

Afin de limiter au maximum les contacts entre les personnels, nous avons retenu la mise en place future d'une caisse par produit en zone contrôlée, que nous pourrions réapprovisionner de la zone de soutien via un système de toboggan (corniche en PVC).

Pour les éventuels problèmes de communication, nous avons imaginé la mise en place d'une série de pancartes ou ardoises, sur lesquelles seraient inscrits les noms des médicaments : le binôme médical nous montrerait de loin le médicament dont il a le plus besoin. Nous pourrions alors réaliser des préparations plus ciblées, en fonction du type de toxique incriminé, sans être en rupture de stock.

Enfin, l'idée de mettre en place sur les victimes une identification visuelle « médicaments/plombs » ne trouverait sa justification que si tous les acteurs de la chaîne médicale de secours étaient informés de cette démarche.

Cela est faisable lors de manœuvres intra départementales, mais il faudrait également en informer les départements alentours ainsi que le SAMU pour les accidents de plus grande ampleur. ■



# Accès public à la défibrillation

## Que dit exactement le décret du 4 mai 2007 ?

Méd Cmd Eric TORRES, Rédacteur en chef - Thierry ALLÉMOZ, Infirmier, Urgence Pratique Formation

*Depuis le décret n° 2007-705 du 4 mai 2007, relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externe par des personnes non médecins, tout un chacun est dorénavant habilité à utiliser un défibrillateur... En pratique, qu'est ce que cela change ?*

### AVANT LE 4 MAI

Jusqu'à la parution du décret n°2007-705 du 4 mai 2007 la distinction artificiellement entretenue entre DSA (défibrillateur semi-automatique) et DEA (défibrillateur entièrement automatique) avait pour conséquence que seuls les DSA étaient concernés par les textes.

Ces appareils ne pouvaient être utilisés que par certains professionnels, à la suite de la validation d'une formation adaptée. Au contraire, les DEA demeuraient étrangers à toute réglementation spécifique. Ce flou juridique permettait deux interprétations contradictoires :

- On pouvait considérer que le DEA, échappant à toute réglementation, pouvait être utilisé par quiconque sans formation ni habilitation préalable.
- A l'inverse, on pouvait penser qu'en tant qu'appareil permettant la réalisation d'actes médicaux, l'absence d'autorisation expresse imposait de laisser aux seuls médecins la possibilité d'utiliser le DEA.

### DEPUIS LE 4 MAI

Pour en finir avec cette situation pour le moins ambiguë, le décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes (DAE) par des personnes non médecins introduit deux nouveautés notables :

- Les défibrillateurs externes entièrement automatiques et les défibrillateurs externes semi-automatiques

sont dorénavant regroupés sous la dénomination commune de défibrillateurs automatisés externes (Art. R. 6311-14 modifié).

- Toute personne, même non médecin, est aujourd'hui habilitée à utiliser un défibrillateur automatisé externe (article R6311-15 modifié).



En outre le Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 précise que le ministre chargé de la santé organise une évaluation des modalités d'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par le recueil de données transmises par les équipes de secours. (Article R6311-16).

### CONSÉQUENCES

- Les collectivités locales, les associations et les équipes de secours ne sont plus exposées à d'angoissantes questions existentielles concernant le choix des appareils destinés à être mis à disposition du grand public, les DSA et les DEA étant dorénavant « aussi légaux » les uns que les autres.
- Toute personne est maintenant habilitée à utiliser un appareil DAE. Cet état de chose permet d'aboutir à une situation pragmatique

qui n'est pas sans rappeler ce qui se pratique dans les pays anglosaxons depuis plus de 10 ans. Le législateur prend donc enfin conscience qu'il n'est pas nécessaire d'inculquer huit heures de formation à un individu pour le rendre capable de coller deux électrodes et d'appuyer sur un bouton qui cli-gnote.

- Et, *last but not least*, chaque citoyen doit dorénavant porter secours à une victime avec un DSA ou un DEA sans se perdre dans les méandres de textes composant entre formation et catégorie socio-professionnelle.

Au total, ce décret est à l'évidence un texte qui va dans le sens des directives internationales, éditées en 2000 et renforcées en 2005 par l'AHA, qui placent la défibrillation précoce, réalisée dans un délai inférieur à 5 minutes, comme un objectif prioritaire dans la réanimation. Reste à savoir s'il n'aurait pas été plus judicieux de s'entendre sur une formation minimale de très courte durée incluant réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et utilisation du défibrillateur plutôt que de se contenter de cette simple habilitation qui ne possède à l'évidence aucune valeur incitative et n'a aucune action sur le second maillon de la chaîne des secours qui reste désespérément le maillon faible<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> : Lire à ce propos : E. Torres, T. Allémoz & Coll. « Accès public à la défibrillation : pourquoi ne pas simplifier la chaîne des secours » - Urgence Pratique N°66, p. 52-53.

## Lu pour VOUS

### DÉFIBRILLATION AUTOMATIQUE

*Les instructions minimales améliorent l'exécution des premiers intervenants dans l'utilisation des DSA / DEA.*

Les auteurs examinent l'utilisation de DSA et de DEA par des participants n'ayant reçu aucune formation préalable (utilisation intuitive) ainsi que les effets d'instructions théoriques minimales.

236 étudiants en début de première année de médecine (donc sans formation préalable) ont été évalués sur un scénario d'ACR avant et après que 15 minutes d'informations leur aient été délivrées.

On contrôle le temps écoulé avant le premier choc, le positionnement des électrodes, la sécurité du procédé ainsi que les impressions des étudiants.

- Le temps moyen mesuré pour délivrer le premier choc, pour les deux types d'appareils est de  $81,2 \pm 19,2$  s.
- Les électrodes sont placés correctement dans 85,6% des cas.
- La sécurité est satisfaisante dans 94,1% des cas.
- Après information courte, le temps moyen pour délivrer le premier choc diminue significativement à  $56,8 \pm 9,9$  s.
- Le positionnement des électrodes est correct dans 92,8% des cas.
- La sécurité est satisfaisante dans 97% des cas.

En outre, les étudiants sont significativement plus rapides avec l'appareil semi-automatique qu'avec l'appareil entièrement automatique au cours des deux évaluations.

Il apparaît donc que les premiers témoins non formés peuvent utiliser un DSA / DEA suffisamment rapidement et sans instruction.

Après une première utilisation et des instructions minimales, des améliorations significatives dans l'exécution pratique sont constatées.

Source : Stefan Beckers & Coll. *Critical Care* 2005, 9: 110-116

### RESPONSABILITÉ CIVILE DES MÉDECINS : PRIMES NON ANTICONCURRENTIELLES.

Le Conseil de la Concurrence considère que les primes d'assurance fixées ne sont pas contraires au Code de commerce et ne relèvent pas de comportements anticoncurrentiels. Ainsi le Conseil considère que ces primes sont calculées pour couvrir les engagements de l'assureur et que leur augmentation ne résulte ni de prix abusifs imposés par des entreprises ni d'une entente anticoncurrentielle organisée par des sociétés d'assurance.

Source : Conseil de la Concurrence, décision n° 06-D-34 du 9.11.06.

### ERREUR DE DIAGNOSTIC ET PERTE DE CHANCE

En droit administratif, si la faute d'un centre hospitalier entraîne une perte de chance pour le patient, celui-ci a droit à la réparation de son préjudice. Un enfant de 5 mois avait été admis dans un service d'urgence pour hypotonie, nuque raide et fièvre. Un examen neurologique et une PL avaient été pratiqués et le patient était sorti. A nouveau hospitalisé pour une hypertension intracrânienne, le scanner avait montré des fractures temporales et un hématome sous-dural. L'enfant, resté atteint d'un déficit neurologique, est décédé à l'âge de 11 ans lors de l'ablation d'une broche osseuse. L'expertise a révélé l'existence d'une erreur de diagnostic : lors de sa première hospitalisation, il présentait les symptômes d'un hématome sous-dural et un scanner s'imposait. Le retard pris dans l'administration du traitement approprié avait donc fait perdre à l'enfant une chance d'évolution favorable de son état.

La Cour administrative a relevé que le retard de diagnostic avait privé l'enfant de chances de rétablissement, ce qui justifiait la condamnation de l'établissement à la réparation des préjudices.

Source : CAA Paris, 4 octobre 2006, n°04PA02901 et n°04PA03115

Informations aimablement communiquées par Maître Michèle Anahory-Zirah / «La lettre Santé».



© Laurent ROCH.

## Gestion d'un OAP

### L'expérience du BMPM

*L'œdème aigu pulmonaire (OAP) est la principale manifestation clinique de l'insuffisance cardiaque gauche ou décompensée. C'est une urgence médicale nécessitant l'envoi rapide de secours médicalisés. A Marseille, plus de 400 patients sont pris en charge chaque année pour cette pathologie par le bataillon de marins pompiers (soit 6 % des interventions SMUR).*

X. BILLÉRES, D. MEYRAN. - Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille

#### PRISE EN CHARGE INITIALE

Premier sur les lieux, l'équipe de secouristes du VSAV trouve une victime en détresse respiratoire, le plus souvent angoissée et agitée. La mise en position assise, jambes pendantes ainsi que l'administration d'oxygène à l'aide d'un masque haute concentration (MHC) sont les premiers gestes de secours à effectuer. Le chef d'agrès doit sans tarder transmettre un bilan secouriste au C15 et demander le concours d'un médecin pendant que le reste de l'équipe surveille la victime. L'interrogatoire et la recherche des antécédents médicaux notamment cardiologiques seront précisés dans l'attente du médecin. Cet interrogatoire est essentiel et représente un gain de temps non négligeable dans la prise en charge préhospitalière.

#### DIAGNOSTIC MÉDICAL

A l'arrivée du médecin, l'examen clinique du patient apprécie la gra-

visité de la détresse respiratoire (Fréquence respiratoire > 35, SpO<sub>2</sub> < 95%, cyanose, tirage, troubles de la conscience). L'auscultation pulmonaire révèle la présence de crépitations voir de sibilants (asthme cardiaque). Le traitement de l'OAP doit s'accompagner d'une recherche étiologique. La réalisation d'un électrocardiogramme doit être systématique. Le diagnostic d'OAP établi, il conviendra de mettre en place un traitement adapté à l'état clinique du patient.

#### TRAITEMENT

• Pour un OAP sans détresse respiratoire ni état de choc associé, on associera volontiers diurétiques, dérivés nitrés et oxygénothérapie au MHC. L'administration de dérivés nitrés pourra se faire en bolus IV tant que la TA n'est pas descendue de 30% (avec une valeur seuil de TAS à 90-100 mmHg). L'association à 30 à 40 mg de diurétiques suffit le plus souvent à stabiliser un OAP de faible gravité.

• La présence d'une détresse respiratoire dans les OAP de gravité moyenne impose l'utilisation d'une VNI associée à l'administration IV de diurétiques et de dérivés nitrés. Notre préférence pour la CPAP tient à sa facilité d'emploi et d'apprentissage.

• Les OAP de gravité sévère (échec de la VNI, troubles de la conscience, instabilité hémodynamique) nécessitent une ventilation mécanique après intubation oro trachéale sous ISR. En cas d'état de choc, l'ajout d'amines vaso-pressives (type dobutamine et dopamine) est préconisé.

#### AU TOTAL

Le traitement de l'OAP est actuellement bien défini. Des aides au diagnostic différentiel, tels le dosage du Brain Natriuretic Peptid ou la réalisation d'une échographie cardiaque, permettent dans certains cas de redresser un diagnostic initial erroné. Ces nouvelles techniques d'aide au diagnostic peuvent ainsi nous permettre d'améliorer l'orientation et donc la prise en charge hospitalière du patient mais elles nécessitent d'une part leur acquisition et d'autre part la formation des médecins à leur utilisation. ■

Référence : European society of cardiology. Guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure. European heart journal 2005 26: 1115-1140.

D'après la communication faite au congrès Secours Santé 2006 (Nantes).



# 2<sup>èmes</sup> Journées Scientifiques Européennes du 3SM

## Secours Santé 2008

Retenez dès à présent les dates des 15, 16 et 17 mai 2008. Guy Morand, Président de l'Union Départementale de la Haute Savoie, et membre du Comité exécutif de la Fédération, et Olivier Baptiste, Médecin Chef, vous convient aux Journées Scientifiques Fédérales du 3SM à Evian-les-Bains (Palais des Festivités et Palais Lumière).

### RENDEZ-VOUS EN HAUTE SAVOIE

Après le succès de Nantes, Evian va marquer, à n'en pas douter, l'histoire du 3SM.

La Haute Savoie a été choisie pour son dynamisme, Evian pour son cadre particulièrement adapté aux congrès.

### PROGRAMME TRES COMPLET

Le programme scientifique envisagé abordera diverses questions concernant nos missions.

Il sera en particulier question cette année de toxicologie (de l'intoxication individuelle à la protection des populations), des particularités des interventions en milieu spécialisé depuis le secours en paroi, à celui en eaux vives, en passant par la spéléologie et sans

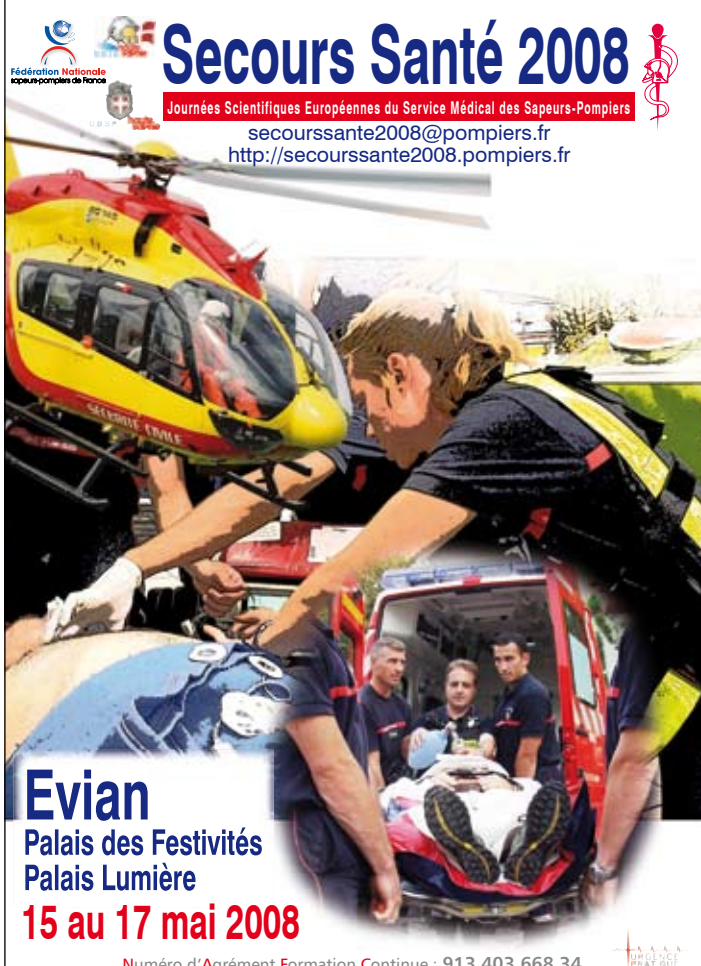
oublier les spécificités du secours de nuit. La protection des personnels en intervention (du secours routier à l'intervention « feux ») ne sera pas laissée de côté.

Les techniques nouvelles de réanimation de base (de la planche à massage, aux « outils » de ventilation) seront abordés ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles. Enfin une large place sera donnée à la formation médicale continue.

Le Comité Scientifique est présidé par le Professeur Vincent Danel (Grenoble) et composé des membres du Comité Scientifique Médical de la Fédération.

### COMMUNIQUEZ !

Une séance de communications libres est organisée en parallèle



**Secours Santé 2008**  
Journées Scientifiques Européennes du Service Médical des Sapeurs-Pompiers  
secourssante2008@pompiers.fr  
http://secourssante2008.pompiers.fr

**Evian**  
Palais des Festivités  
Palais Lumière  
**15 au 17 mai 2008**  
Numéro d'Agrément Formation Continue : 913 403 668 34

de ces Journées Scientifiques Européennes. Toutes vos communications seront les bienvenues. A compter de la date limite fixée au 15 février 2008, les résumés seront évalués par un groupe de relecteurs qui sélectionnera les résumés

acceptés. Un email de confirmation sera adressé à l'auteur en mars 2008.

Vous remerciant pour votre participation, nous vous donnons rendez-vous en mai à Evian !

## Pré-programme scientifique

### Judi 15 mai 2008

14h30 - 18h30

#### Toxicologie

- Épuration digestive
- Antidotes : actualité pratique
- Antidotes : stratégie de gestion
- Prise en charge des intoxications par cardio-toxiques
- Ingestion de caustiques
- Intoxications par les fumées : un problème d'actualité
- Tables rondes

### Vendredi 16 mai 2008

8h30 - 10h 30

#### Question d'actualité pratique

- Accident Vasculaire Cérébral : du secouriste au neurologue.
- Syndrome coronarien. Comment ne pas passer à côté. Les premiers gestes.

- Désobstruction coronarienne
- Le choc hémorragique
- Table ronde

11h00 - 12h30

#### Les techniques qui font la différence

- Alternatives à l'intubation
- La Perfusion Intra Osseuse
- Table ronde technique

14h - 18h30

#### Ateliers pratiques en continu

- Perfusion Intra Osseuse
- Pièges ECG
- Conditionnement pour treuillage
- Accouchement hors hôpital
- Gestion des voies aériennes

14h - 18h30

#### Communications libres

### Samedi 17 mai 2008

8h30 - 10h30

#### Le Service Santé responsable

- Evaluation des pratiques professionnelles : HAS
- Mise en pratique de l'EPP
- Prélèvement sur cœur arrêté
- DA : Sur la voie de la performance :
- Table ronde

11h00 - 12h45

#### Interventions spécialisées

- Contraintes du terrain
- Contraintes médicales
- Secours médical dans la vallée d'Aoste
- Table ronde

Programme définitif dans le prochain numéro de 3SM-Mag

## Lu pour VOUS

### MCE TROP RAPIDE

Dans plusieurs départements, il semble que la fréquence des massages cardiaques externes pratiqués par les sapeurs-pompiers est peut-être trop rapide. Cette hypothèse est vérifiée par une étude réalisée au Sdis 77 dans laquelle la fréquence de massage a été mesurée sur plusieurs examens. Pour expliquer ces déviations alors qu'il est clairement écrit dans les guides nationaux de secourisme que la fréquence de massage doit être de 100 / mn, les moniteurs reconnaissent qu'aucun d'eux ne se sert d'un métronome. L'étude en déduit qu'il est souhaitable de doter les formateurs d'un appareil permettant de donner la fréquence exacte de massage.

# Histoire de chasse

AKIM Mag

*La fin août équivaut toujours chez nous à la période de départ des « nordistes » venus envahir nos plages et nos campagnes pour les vacances, amenant dans leur migration saisonnière subséquentement leur lot d'urgences diverses. Nous pourrions prendre quelque repos si d'autres évènements ne survenaient à la même période, notamment l'ouverture de la chasse...*

## GALINETTE, ÇA REPART

Malgré toutes les recommandations d'usage, il est toujours un tireur excité qui fait feu sur ce qui bouge, même sans précision quant à l'objectif. C'est ce qui est arrivé ce premier dimanche de « lâcher » de fans de la « galinette cendrée » chère aux inconnus.

## POUM LE CHASSEUR !

Akim Mag est appelé pour un chasseur ayant reçu une balle à sanglier dans le thorax de la part d'un de ses collègues. De mauvais esprits diront « tant qu'ils se tirent entre eux ». Nous n'en sommes pas. Le propre de la chasse est de se passer en pleine campagne, en l'occurrence au sommet d'un piton nécessitant une approche un peu acrobatique. Au contact, l'homme de 45 ans est effectivement porteur

d'un orifice d'entrée sur la partie externe du pectoral avec un orifice éclaté au niveau du creux axillaire (photo). La PAS est à 12/7, le pouls à 80 bpm, la SaO<sub>2</sub> en air libre à 95%. L'auscultation pulmonaire est symétrique. La balle, restant tangentielle, n'aurait donc pas pénétré le thorax. L'ISP place une voie veineuse et injecte, selon le



protocole, un morphinique efficace. Le brancardage s'avère problématique. Il est donc fait appel

à Dragon 34, ce qui nous vaut le plaisir de voir le médecin colonel Daniel Prost nous arriver au bout d'un câble. Il repart quelques instants plus tard accompagnant le blessé vers le DAR.

## COMME UNE ARME DE GUERRE

La radiographie du thorax (R1) effectuée à l'hôpital est intéressante car elle met en évidence une contusion pulmonaire gauche qui s'est développée en une heure et nécessitera une ventilation artificielle de quelques jours jusqu'à ce que l'image s'amende (R2). Cette contusion est à mettre en relation avec l'onde de choc du à l'impact de la balle à haute vitesse qui l'a frappé. Le chasseur ressortira quelques jours plus tard sans séquelles. Cette courte histoire doit nous

remettre en mémoire les lésions à distance qui peuvent être engendrées par ce type d'armes, équivalentes d'armes de guerre. ■

Radiographie n°1.



Radiographie n°2.



## De ces vérités révélées aux tout-petits...

Dr Eric TORRES - Rédacteur en chef.

C'est une question de bon sens élémentaire. Une de ces vérités cachées aux sages et aux intelligents mais révélées aux tout-petits. Une évidence qu'un bébé de quelques mois perçoit d'instinct mais qui échappe parfois aux puissants et aux seigneurs de l'Urgence : **dans notre système de secours extrahospitaliers les VLM rouges et blanches peuvent et doivent coexister.**

Tous les intervenants de bonne volonté - je veux dire ceux qui sont vraiment sur le terrain - le savent : l'avenir est au partenariat et à la coopération non à la guerre des services. Mais peut-on seule-

ment qualifier de « guerre » ce qui n'est souvent qu'un simple « combat des chefs » ? C'est aujourd'hui l'évidence : plus on se rapproche de l'intervenant de terrain (celui qui - médecin ou infirmier - est physiquement présent dans le VLM), plus les prétendues tensions entre rouges et blancs s'estompent et plus on rencontre de soignants qui appartiennent aux deux structures et passent de la blouse à la salopette sans aucun état d'âme. Ils ont raison : ce sont eux qui nous montrent la voie. On aimerait conclure en rappel-

lant que l'essentiel est de mettre le patient au centre du dispositif de secours. Domage que cette exhortation soit déjà devenue un lieu commun. ■



## En BREF

### GASTRO : LE RETOUR !

La traditionnelle « gastro » a dépassé, au mois de novembre dernier et pour la première fois de la saison, le seuil épidémique, avec 252 infections pour 100.000 habitants.

Quatre régions sont plus particulièrement touchées : la Corse, le Poitou-Charentes, la Haute-Normandie et l'Alsace.





La photo du N°

Gruissan : Les journées du 3SM, rendez-vous incontournable de ceux qui font notre profession, réunissaient cette année plus de 500 participants (lire notre article page 5).



50 ans séparent ces deux machines !

## Joyeux anniversaire !

### Les 50 ans du Groupement d'Hélicoptères de la Sécurité Civile

*Le samedi 15 septembre 2007, le Groupement d'Hélicoptères de la Sécurité Civile (GHSC) fêtait son cinquantième anniversaire.*

A l'occasion de cet événement, la base de Nîmes a été baptisée du nom du Lieutenant-colonel Curie - un pionnier des missions hélicoptées - lors d'une cérémonie officielle présidée par le ministre de l'Intérieur, Michèle Alliot-Marie,

qui a déclaré à cette occasion : « Aujourd'hui, les hélicoptères de la sécurité civile s'imposent comme une référence du secours aux personnes, un peu comme les Canadair en sont une pour les feux de forêts ».

Le ministre a notamment remis une médaille pour « actes de courage et de dévouement » au GHSC, avant de déposer une gerbe à la mémoire des 25 morts en service commandé depuis l'année 1957. Aujourd'hui, à l'heure des appareils EC 145, nous sommes bien loin des premiers Hiller 360 et des Bell 47. La flotte tend d'ailleurs à s'homogénéiser puisque qu'il ne reste à ce jour en service plus que quatre Écureuils AS350 et six mythiques Alouettes III. D'ici la fin de l'année il est d'ailleurs prévu d'acquérir trois EC 145 supplémentaires et probablement un quatrième durant l'année à venir. ■

#### Le GHSC en chiffres

Le groupement d'hélicoptères de la Sécurité Civile est composé de 22 bases hélicoptères réparties sur l'ensemble du territoire national et Outre-Mer. Il emploie 230 pilotes et mécaniciens opérateurs de bord et 50 techniciens sol, qui assurent les missions de secours et d'aide aux populations. Depuis 50 ans, le groupement d'hélicoptères de la sécurité civile a effectué 480 000 heures de vol, plus de 250 000 missions de secours et de sauvetage et secouru 225 000 personnes.



Madame Michèle Alliot-Marie fière de ses équipages.

## THROMBOSE VEINEUSE EN AVION

Une étude a été conduite sur plus de 8000 personnels d'organisations internationales. Certains prenaient des vols de plus de 4h, d'autres restaient au sol. L'incidence des thromboses veineuses profondes a été de 3,2/1000 dans le premier groupe, versus 1/1000 dans le deuxième.

Ce travail met, par ailleurs, en évidence que le risque perdure deux semaines après le vol.

La prévention est connue : boire en vol (de l'eau), marcher et utiliser (pour les sujets à risque) des bas de contention et/ou une injection d'HBPM avant d'embarquer.

## ANTILLES

- On constate actuellement un nombre de cas de bronchiolites anormalement élevé.

- La dengue est présente à peu près partout : la quasi-totalité des communes de Martinique sont touchées.

# Médecin chef des services Jean-Jacques Kowalski

Médecin opérationnel rompu aux missions difficiles à l'étranger, médecin gestionnaire à la tête du plus important service de médecine d'urgence de France, médecin enseignant de qualité, le docteur Jean-Jacques Kowalski a toutes les qualités requises pour succéder au Docteur Henri Julien comme médecin conseiller à la DDSC.

C'est un ami avec qui nous avons organisé de nombreux colloques pour le 3SM. Il connaît nos missions, nos problèmes, et sera, assurément à l'écoute de tous. Il a tenu à partager avec nous les Journées de Gruissan, où il a pu prendre la mesure de la qualité de notre Service de Santé.

Entré à l'Ecole du service de santé des armées du Bordeaux en 1969, thèse de doctorat en 1976.

Formations complémentaires suivies et diplômes obtenus.



- 1976 : Diplôme de médecine tropicale, Université de Bordeaux.

- 1983 : Diplôme d'université de médecine des catastrophes, Université de Paris XII Créteil.

- 1984 : Diplôme d'université de médecine des SMUR, Université de Paris XII Créteil.

- 1987 : CES de biologie et médecine du sport, Université de Toulouse.

- 1999 : Diplôme inter universitaire de sciences économiques et sociales de la santé, Université de Paris VII Fernand Widal, Lariboisière.

- 2000 : Diplôme interuniversitaire de santé humanitaire, Centre européen de santé humanitaire de Lyon.

Déroulement de carrière, affectations.

Après un début de carrière en Afrique (Tchad, RCA) passe quelques années en Allemagne (Landau, Berlin) avant de rejoindre les unités parachutistes (Albi, Calvi) où il participe à des missions extérieures au Tchad, en RCA de nouveau puis dans l'Ex-Yougoslavie (Sarajevo, Zagreb).

Après cette partie opérationnelle de la carrière rejoint les écoles, d'abord à Dinan puis au Val de Grâce où il encadre successivement des personnels paramédicaux et des médecins.

Il est médecin chef de la BSPP de 1999 à 2005 avant deux années au Sénégal comme directeur du service de santé des forces françaises.

Enfin ré-affecté à la BSPP en août 2007 pour être détaché à la DDSC comme médecin conseiller et inspecteur.

Principales décorations

- Officier de la Légion d'honneur : juillet 2006.

- Officier de l'Ordre national du mérite : novembre 2002.

- Croix de la valeur militaire avec citation à l'ordre du corps d'armée : 1993.

## 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 O27)

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).





## ROSELYNE BACHELOT VEUT GÉNÉRALISER LES DÉFIBRILLATEURS DANS LES LIEUX PUBLICS

La ministre de la santé Roselyne Bachelot a indiqué, début octobre, à l'Assemblée Nationale qu'elle voulait généraliser l'installation de défibrillateurs automatisés externes (DAE) dans les lieux publics. « L'installation généralisée de défibrillateurs est un projet ambitieux et, je le souhaite, sauveur de vies », a-t-elle déclaré.

La ministre a rappelé que les arrêts cardio-respiratoires étaient responsables chaque année de 50.000 décès, que 70% d'entre eux avaient lieu devant témoins et que les défibrillateurs automatisés externes pouvaient se révéler déterminants pour éviter le décès dans 40% des cas, lorsque l'accident est dû à une fibrillation ventriculaire initiale.

Rappelons qu'un décret paru en mai dernier a élargi à l'ensemble de la population la possibilité d'utiliser un défibrillateur automatisé externe pour traiter une personne présentant un arrêt circulatoire (à ce propos, lire notre article en page 11).



Photo : Laerdal Médical France

## RCP AU CABINET

Une étude récente réalisée par la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) montre qu'un dentiste sur 18 sera amené au cours de sa carrière à réaliser une réanimation cardiopulmonaire dans son cabinet. Cette RCP sera associée à un très bon taux de survie (75%). Ces résultats confortent l'utilité de la formation des dentistes aux gestes d'urgence, rendue obligatoire par un arrêté paru au Journal officiel du 10 mars 2006.

Elle se coucha tout du long sur son lit. Une saveur âcre qu'elle sentait dans sa bouche la réveilla. [...] Elle but une gorgée d'eau et se tourna vers la muraille. Cet affreux goût d'encre continuait. « J'ai soif !... oh ! j'ai bien soif ! » soupira-t-elle. [...] Et elle fut prise d'une nausée si soudaine, qu'elle eut à peine le temps de saisir son mouchoir sous l'oreiller. [...] Elle sentait un froid de glace qui lui montait des pieds jusqu'au cœur. « Ah ! voilà que ça commence ! »



murmura-t-elle [...]. Elle roulait sa tête avec un geste doux plein d'angoisse, et tout en ouvrant continuellement les mâchoires, comme si elle eût porté sur sa langue quelque chose de très lourd. À huit heures, les vomissements reparurent. [...] Il y avait au fond de la cuvette une sorte de gravier blanc, attaché aux parois de la porcelaine. [...] Elle jeta un cri aigu. [...] Puis elle se mit à geindre, faiblement d'abord. Un grand frisson lui secouait les épaules, et elle devenait plus pâle que le drap où s'enfonçaient ses doigts crispés. Son pouls inégal était presque insensible maintenant. Des gouttes suintaient sur sa figure bleuâtre, qui semblait comme figée dans l'exhalaison d'une vapeur métallique. Ses dents claquaient, ses yeux agrandis regardaient vaguement autour d'elle [...] elle sourit deux ou trois fois. Peu à peu, ses gémissements furent plus forts. Un hurlement sourd lui échappa ; elle prétendit qu'elle allait mieux et qu'elle se lèverait tout à l'heure. Mais les convulsions la saisirent ; elle s'écria : « Ah ! c'est atroce, mon Dieu ! ».

## Art et médecine

Méd Cmd Eric TORRES - Rédacteur en chef

*Qui est la patiente (les cinéphiles pourront s'aider de l'image) ? De quoi souffre-t-elle ? Quelles réflexions médicales vous inspire ce récit ?*

Il est plus facile d'identifier ce passage que de faire le diagnostic à partir des éléments qu'il contient.

### PAS DE DOUTE C'EST BIEN ELLE !

La patiente n'est autre qu'Emma Bovary (née Rouault) et c'est avec sa mort que s'achève le roman éponyme de Flaubert. L'extrait reproduit ci-dessus décrit les derniers instants de l'héroïne alors que Charles, son mari, et le pharmacien Homais s'activent autour d'elle en tentant maladroitement de préparer des remèdes sensés la soulager. L'image qui illustre la scène est extraite du film réalisé en 1949 par Vincente Minnelli.

La pathologie en cause est - comme chacun s'en souvient - une intoxication aiguë à l'arsenic consécutive à une tentative réussie d'autolyse. L'histoire de la maladie est compatible avec une dépres-

sion réactionnelle : Emma, mariée à un médecin de province insignifiant, le trompe, ruine son ménage et finit par se suicider. Elle n'a alors que 25 ans. On retrouve dans son passé une maladie nerveuse (consécutive à un bal au château de Vaubyessard) et une crise de mysticisme (faisant suite à la rupture avec Rodolphe).

### INTOXICATION AIGUË À L'ARSENIC

L'ingestion d'un sel minéral d'arsenic est rapidement suivi de troubles digestifs intenses (douleurs abdominales, vomissements et diarrhée). Les pertes digestives sont responsables de désordres électrolytiques et de troubles hémodynamiques. En cas d'intoxication massive, la mort survient en quelques heures dans un tableau de choc cardiogénique et hypovolémique. Flaubert qui - ici

comme ailleurs - n'a rien laissé au hasard, s'est documenté sur la question. Il fait état de troubles digestifs (nausées incoercibles, vomissements itératifs) et décrit parfaitement l'installation d'un état de choc (soif, frissons, pâleur, pouls filant, claquement de dents...). Progressivement on voit la cyano-

se s'installer sur la « figure bleuâtre » d'Emma. Le rythme haletant de son récit suggère très habilement un certain degré de dyspnée et peut-être une odyndophagie. D'un point de vue littéraire, c'est du grand art !

Les romans policiers (Agatha Christie notamment), plus encore que les ouvrages de toxicologie, nous ont habitués à associer l'intoxication à l'arsenic à la perception d'une odeur alliée de l'haléine ou d'un goût métallique. Ces deux signes sont ici présents sous forme d'une « saveur âcre dans la bouche » et de la mention de « l'exhalaison d'une vapeur métallique ». Le goût d'encre et la sensation de lourdeur sur la langue sont vraisemblablement une simple construction littéraire renforçant encore l'impression de gravité de l'état médical. Quant au « gravier blanc, attaché aux parois de la porcelaine » (noter la richesse visuelle de la formule), il est en faveur d'un dépôt de sels minéraux d'arsenic visible dans les résidus digestifs.

### OUI MAIS

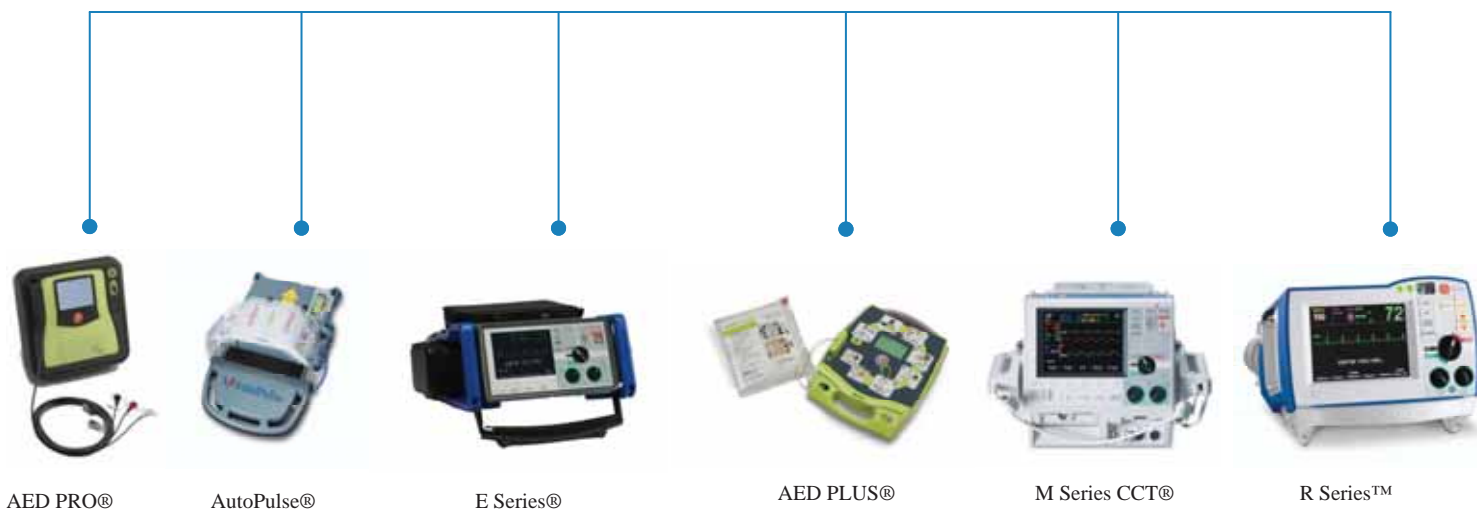
Le récit de Flaubert est donc cohérent. Enfin presque, puisque utilisé comme poison, l'arsenic est habituellement administré en doses itératives, et que la prise unique de ce toxique n'est mortelle qu'à très forte dose<sup>1</sup>. Alors de deux choses l'une : soit la dose dérobée par Emma dans cette fameuse « bouteille, en verre bleu, cachetée avec de la cire jaune, qui contenait une poudre blanche, sur laquelle le pharmacien Homais avait lui-même écrit : Dangereux ! » était particulièrement abondante, soit Flaubert nous a scandaleusement dissimulé l'assassinat de sa jeune héroïne !

1. Lire à ce propos le roman de Philippe Doumenc : *Contre-enquête sur la mort d'Emma Bovary (Actes Sud)*.

## Une gamme complète pour la réanimation cardiopulmonaire d'avant garde



ZOLL commercialise des produits d'une qualité et d'une fiabilité de très haut niveau. Les technologies ZOLL destinées à faire progresser les techniques de réanimation incluent la stimulation, la défibrillation, la circulation, la ventilation, la gestion des données et la réanimation par fluides à usage médical. Cet éventail complet de technologies est destiné aux médecins, aux équipes médicales d'urgence et aux secouristes pour la réanimation des victimes suite à un arrêt cardiaque ou à un trauma.



AED PRO®

AutoPulse®

E Series®

AED PLUS®

M Series CCT®

R Series™

Pour plus d'informations sur ZOLL et sa gamme de produits, vous pouvez nous contacter au 01 30 05 14 97 ou à [contact@zoll.fr](mailto:contact@zoll.fr).

Vous pouvez également visiter notre site [www.zoll.fr](http://www.zoll.fr)

**ZOLL.**  
Advancing Resuscitation. Today.™



**32 MESURES  
POUR SÉCURISER  
LA RADIOTHÉRAPIE**

Suite à l'accident de radiothérapie d'Epinal, les autorités sanitaires françaises travaillent depuis mars dernier sur un ensemble de mesures visant à sécuriser les soins. Le plan cancer 2003-2007 a déjà permis de moderniser le parc d'appareils. D'ici la fin de l'année, tous les centres auront subi une inspection. La sécurité du matériel sera renforcée et les centres devront disposer d'une autorisation spécifique pour traiter les malades. Les efforts porteront également sur la communication : les patients devront être mieux informés sur les risques et les bénéfices de la radiothérapie. La formation des personnels sera renforcée. Au total, 32 mesures seront ainsi mises en place d'ici la fin de l'année.

**VOLANT, VUE ET VIE**

Le Code de la route prévoit une acuité visuelle minimum pour pouvoir conduire. Malheureusement, aucun contrôle de la vue n'est imposé aux conducteurs. Il en résulte, selon l'Association Nationale pour l'Amélioration de la Vue, que près de huit millions de conducteurs circulent avec un défaut visuel non ou mal corrigé... En conséquence, une proposition de loi a été déposée au Sénat visant à soumettre tout candidat au permis de conduire à un examen de la vue. Cette proposition est soutenue par l'association Prévention Routière, pour qui ce combat n'est pas nouveau : on se souvient du slogan « au volant la vue c'est la vie ».

**JOURNÉE NATIONALE  
DE L'URGENCE VASCULAIRE**

La première journée de ce type s'est déroulée en novembre dernier. Elle visait à sensibiliser et informer le public sur l'urgence de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde dès les premiers symptômes en appelant les secours. Son impact restera à évaluer précisément dans les mois qui vont suivre.

# Grippe aviaire

## L'implication du 3SM 06

Véronique VIENET, Vétérinaire Cpt. Jacques BARBERIS Méd chef,  
Patrick BAUTHEAC DDSIS SDIS 06

*Depuis 2005, l'État a mis en place différentes procédures dans le cadre de la lutte contre l'épizootie de grippe aviaire qui sévit depuis 2003 en Asie.*

Même si des cas de transmission à l'homme dans des circonstances précises (hygiène déficiente, proximité étroite avec les volailles en milieu confiné) existent, la grippe aviaire demeure pour l'instant une maladie animale. Les missions que peuvent être amenés à effectuer les SP concernent un nombre limité d'oiseaux, en milieu ouvert, avec un contact limité dans le temps. Même si le risque de transmission du H5N1 apparaît faible, cela ne dispense pas la mise en place de moyens de protection et de mesures adaptés.

**ÉTAT DES LIEUX**

En février 2006, la France a été touchée sur un élevage de volaille dans l'Ain, ainsi que sur des oiseaux sauvages. Aucune transmission à l'homme à partir des oiseaux sauvages n'est décrite. Les mesures prises tant au niveau international et national que local visent à éviter ou à limiter la propagation de cette affection dans le but de protéger les élevages de volailles (la France est un des principaux pays exportateurs), mais aussi de protéger la population vis-à-vis d'un risque éventuel de pandémie humaine, dans le cas où le virus aviaire H5N1 viendrait à muter et donc à se transmettre facilement d'homme à homme.

**GRIPPE AVIAIRE ET SDIS**

Les SDIS, et donc celui des Alpes Maritimes, sont impliqués dans ces différentes mesures au titre de la « protection des personnes, des biens et de l'environnement ». Il s'agit de participer à la lutte contre la maladie animale (application du plan d'urgence influenza aviaire, missions impliquant des oiseaux blessés, malades ...) et de mettre en place des mesures de protection et de prévention en cas de pandémie.

Le SDIS 06 a donc, depuis octobre 2005, mis en place des consignes opérationnelles relatives à la récupération d'oiseaux pouvant être concernés par la grippe aviaire ou à la prise en charge de victimes humaines, constitué un stock en matière d'EPI (masques FFP2, combinaisons de protection, sur bottes...) par le biais de la PUI et informé les agents par le biais de la messagerie interne. Les consignes opérationnelles ont été mises à jour en fonction de l'évolution de l'épizootie animale et des différents avis ou recommandations émis par les Ministères de la Santé ou de l'Agriculture et l'AFSSA. Un travail a été mené, en concertation entre le GFO et le 3SM (Service de Médecine Professionnelle et Vétérinaire Départemental) pour la mise en place des moyens de protection des agents du SDIS. A ce jour, le niveau de protection retenu pour les SP est le niveau maximum recommandé pour des personnels travaillant en élevage aviaire.

**SUIVI DU DOSSIER AU 3SM**

Depuis septembre 2005, un suivi épidémiologique de la grippe aviaire (volet animal et humain) a été mis en place au niveau de la cellule vétérinaire. Ce suivi est réalisé mensuellement, de manière hebdomadaire à quotidienne si nécessaire, avec transmission rapide des éléments au médecin chef et à l'état major afin de pouvoir adapter en conséquence les procédures et la mise à disposition des EPI par le biais de la PUI.

Le vétérinaire départemental assure, lorsque c'est nécessaire, une veille quotidienne (hiver 2005-2006), par le biais du CODIS, des interventions des SP impliquant les oiseaux grâce à un tableau de recensement des appels rempli au niveau des CTA et transmis



au CODIS. Ceci permet d'anticiper sur les actions éventuelles à prendre en cas de déclenchement d'un plan d'urgence. Une collaboration avec la DDSV est nécessaire. Une plaquette plastifiée illustrée concernant les différents moyens de protection à adopter en fonction du type d'oiseau a été réalisée en 2006 par la Cellule Communication pour diffusion à tous les agents et mise à disposition dans les VTU intervenant lors de la prise en charge d'oiseaux.

**PANDÉMIE ?**

Quant au risque de pandémie, il n'a pas été démontré pour le moment une augmentation de la capacité du virus H5N1 à se transmettre d'une personne à une autre. La pandémie reste encore une probabilité. Cependant, la vigilance demeure obligatoire pour les raisons suivantes :

- Réapparition de cas en Europe (notamment en France en juin et juillet 2007) dans des zones pourtant considérées sans risque et sans relation avec les grandes migrations achevées depuis plusieurs semaines.
- Circulation de virus aviaire faiblement pathogène (H7N2, H7N9, H5N1 aux USA et Angleterre) dans des zones géographiques assez proches de celles où circule le virus H5N1 hautement pathogène (risque de recombinaisons génétiques).
- Situation actuelle de panzootie, en ce qui concerne la maladie animale, avec des foyers persistants et non maîtrisés en Asie et en Afrique.

Le dossier de la grippe aviaire est donc un bel exemple de la pluridisciplinarité du 3SM et de la complémentarité avec les missions des SP, tant sur le plan opérationnel que dans le cadre de la médecine du travail.

**FORMATION ET VAE DES INFIRMIERS D'ENCADREMENT**

La Fédération prend acte de la parution le 13 septembre, des arrêtés relatifs à la formation conduisant au brevet d'infirmier d'encadrement de SPP, aux dispenses accordées et à la VAE en vue de l'obtention du brevet d'infirmier d'encadrement. Elle regrette que ce dernier texte, sur lequel elle avait émis un avis défavorable lors de la soumission à la CNSIS, ne prévoit pas de dispense partielle aux ISPP issus du concours interne, dispense refusée par la DDSC.

**RÉGIME INDEMNITAIRE 3SM**

Lors du carrefour santé au congrès national, la Fédération a réaffirmé sa volonté de voir réévaluer le régime indemnitaire du 3SM, qui permettrait de mettre fin à la pénurie de recrutement de professionnels. Un projet de décret va être élaboré sur la base des éléments communiqués à la CNSIS. Celui-ci, reprenant les grande lignes de la position fédérale, propose une revalorisation du régime indemnitaire des infirmiers, médecins et pharmaciens, ainsi que l'attribution d'une indemnité de spécialité, dans les conditions proches du régime indemnitaire des officiers.

**DÉTENTION ET CIRCULATION DES MÉDICAMENTS**

La Fédération a transmis à la DDSC le projet relatif à la gestion des médicaments et autres produits des PUI des SDIS, élaboré par son groupe technique « pharmaciens ». Ce texte a vocation à sécuriser les compétences et le fonctionnement de ces pharmacies en les adaptant aux besoins et aux caractéristiques des SDIS. La Fédération attend le retour des travaux engagés sur la base du texte fédéral, entre les ministères de l'Intérieur et de la Santé. Elle regrette d'autant plus la lenteur de ce retour qu'un décret modifiant des éléments mineurs (ex : suppression des paillasse de préparation) vient de paraître concernant les pharmacies à usage intérieur.



# Campagne de vaccination contre le méningocoque C

## Retour d'expérience du 3SM 87

P. CHUM, D. MATHÉ, A. SOULAT, et les membres du 3SM 87

*Dans la Haute-Vienne (87), la DGS a recommandé une vaccination contre le méningocoque C pour la population âgée de 2 mois à 19 ans révolus résidant, scolarisée ou en mode de garde collectif dans le département. La préfecture et la DDASS sont chargées de l'organisation de cette vaccination qui cible environ 80000 personnes. L'objectif consiste à vacciner 80% de cette population cible.*

**SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

Sept cas chez des enfants âgés de moins de 16 ans ont été recensés dans le département de la Haute-Vienne, dont six entre le 22 janvier et le 28 février. Trois décès sont déclarés parmi les sept cas sans lien ni regroupement géographique entre eux. Le taux d'incidence dans le département est de 2,0/100 000 habitants alors qu'il est de 0,3/100 000 habitants dans la France entière.

**MISE EN ŒUVRE**

Une phase préparatoire réunissant différents services y compris le SDIS s'est mise en place très rapidement. La DDASS a assuré la mise à dispositions des vaccins Neisvac® auprès de la pharmacie à usage intérieur du CHU. La pla-

ches, PMI... La vaccination est gratuite non obligatoire mais fortement recommandée.

Une information est adressée par la DDASS au domicile des parents, accompagnée d'une attestation parentale d'autorisation de vacciner.

Les intervenants sont les médecins scolaires, la PMI, le 3SM, le Service de Santé des Armées, le centre de vaccination de la ville de Limoges et les médecins libéraux.

**PARTICIPATION DU SDIS 87**

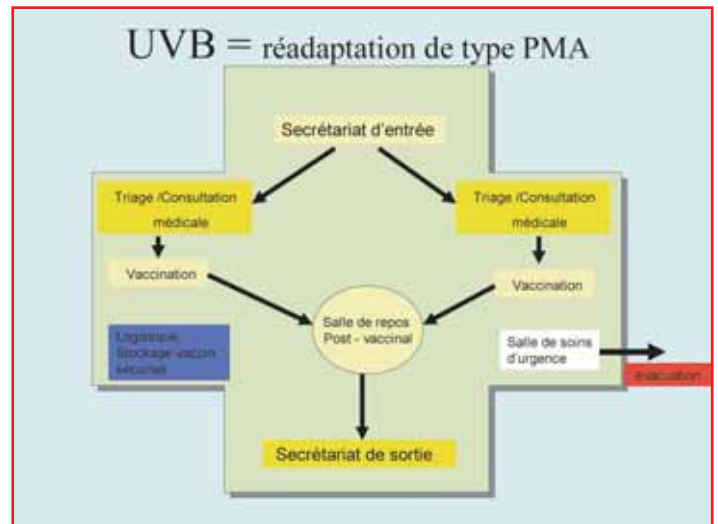
Très rapidement, le 3SM a constitué ses équipes de « vaccinateurs » composées de médecins, infirmiers et de secrétaires du SDIS pour la gestion administrative. Le SDIS a fonctionné en parfaite autonomie en accord avec la DDASS.

Les missions de la PUI du SDIS 87 ont été les suivantes :

- Approvisionnement des équipes à partir du CHU de Limoges en vaccins et petit matériel.
- Veille au respect de la chaîne du froid et du stockage.
- Suivi de la traçabilité des vaccins.
- Collecte des informations concernant le nombre de vaccinations effectuées dans la journée et transmission à la DDASS.
- Gestion administrative par le secrétariat du 3SM.

**CHAÎNE DE VACCINATION**

Cette campagne était l'occasion de mettre en œuvre le concept de chaîne de vaccination de type plan variole, fruit de la réflexion d'un groupe de travail constitué d'infectiologues du CHU de Limoges, de





la DDASS, des médecins du 3SM 87 et des médecins scolaires.

Une unité de vaccination est constituée de 2 à 4 chaînes de vaccination. Le débit obtenu sur une chaîne était de 50 à 60 vaccinations par heure chez les adolescents et adultes ; un débit moins important chez les enfants des écoles maternelles (20 à 30/heure).

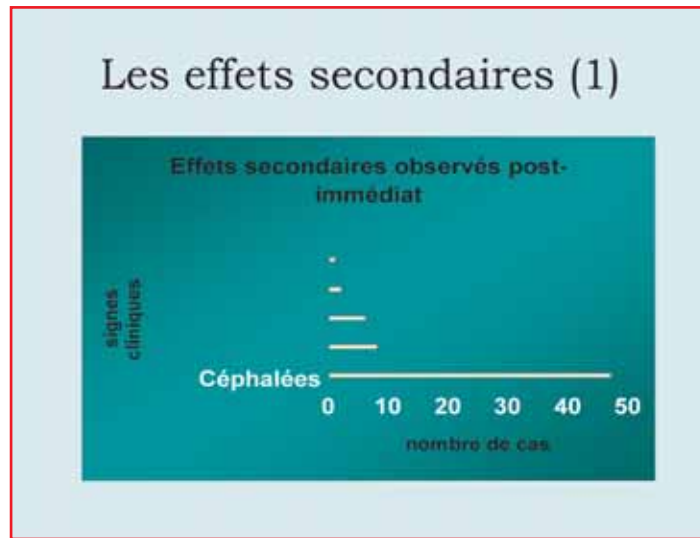
La gestion du flux des personnes est prépondérante pour le bon fonctionnement de la chaîne, aussi, les rôles étaient définis de la façon suivante :

- Secrétaire : enregistrement des admissions et vérification des autorisations parentales.
- Médecin : consultation médicale pour éliminer les contre-indications absolues, triage médical, mise à jour du carnet de vaccination.
- Infirmiers : réalisation des vaccinations, surveillance des effets post vaccinaux, information des effets secondaires.

#### BILAN

Prise en charge de 18 établissements, 3568 vaccinations effectuées sur de 5208 élèves avec 165 refus de vaccination.

- Contre indications rencontrées : allergies post-vaccinales connues, troubles hématologiques, infections fébriles aiguës, patients déjà vaccinés.
- Effets secondaires : Ils ont été minimes : 1,4% de céphalées. L'aspect psychogène est à prendre en compte; ce phénomène était ob-



servé notamment chez les jeunes adolescents. Un seul cas a nécessité une véritable médicalisation et hospitalisation pour bilan complémentaire.

• **Points forts** : Montée en puissance rapide, phase préparatoire d'une semaine, participation pluridisciplinaire, parfaite indépendance du SDIS, débit important des chaînes, excellente expérience de mise en œuvre des plans de vaccination de masse.

• **Points faibles** : Sites géographiques éloignés, absentéisme important (jours de présence des élèves, des apprentis, voyages scolaires), non-adhésion du corps enseignant à un schéma de vaccination de masse dans le cadre d'une mission de santé publique et non de santé scolaire, locaux

pas toujours adaptés, obstacles administratifs (absence du carnet de santé, de l'autorisation parentale), actes répétitifs pour les équipes de vaccinateurs.

#### PERSPECTIVES

En cas de crise sanitaire majeure dans un contexte épidémique, la situation serait totalement différente car la vaccination devrait se dérouler 24 heures sur 24, on rencontrerait un problème de sécurisation des stocks, de personnel... Dans tous les cas on retire les enseignements suivants de cette campagne : importance des locaux (minimum 50 m<sup>2</sup>), gestion du flux des personnes, tri administratif et collaboration des différents services avec nécessité de disposer de procédures écrites communes.

## Prolongez le CONGRÈS

### GRUISSAN 2007 : LE CD DES CONFÉRENCES EST DISPONIBLE

Tout ce que vous auriez rêvé de ramener des dixièmes journées du 3SM (Gruissan 2007) est aujourd'hui à votre entière disposition !

Ce document bourré d'informations scientifiques précieuses vous offre (en lecture) l'intégrale des contenus des conférences de votre congrès. Il inclut en particulier les diaporamas au format PowerPoint (Version 2003) utilisés par les nombreux intervenants. Un excellent outil destiné à prolonger le plaisir de ceux qui étaient présents au congrès et à consoler les malheureux (il y en a quelques-uns) qui ont loupé ce grand moment du 3SM...

... Un CD passionnant et sans conteste un excellent moyen de patienter en attendant le prochain rendez-vous de mai 2008 à Evian. Prix : 15 € (port compris).

Commandez en direct sur : [www.urgence-pratique.com](http://www.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](http://www.apropos-fr.com/sssm)

**Les réponses et les solutions adaptées à vos exigences**

# Intubation :

## Ayez le réflexe « sniffing » position

La Rédaction

*Moment d'angoisse pour le praticien non rompu à cet exercice, l'intubation oro-trachéale est facilitée par une bonne position de la tête du patient.*

Bien sûr, avant d'entreprendre ce geste, il faut s'assurer d'avoir à toute proche disposition un ballon d'insufflation avec son masque facial pour la pré-oxygénation, une aspiration (et sa canule !) en état de marche, une sonde trachéale dont le ballonnet a été vérifié (c'est le moins !), des



raccords et une pince de Magill. Mais bon, tout le matériel est préparé par votre assistant, et l'on attend plus que le Maître pour qu'il démontre une fois de plus son art de la maîtrise des voies aériennes supérieures. Si vous ne voulez pas décevoir votre entourage, pensez à légèrement surélever la tête du patient du plan du lit (ou du brancard, ou du sol). La « sniffing » position a été décrite par les anesthésistes anglais. Elle permet une visualisation beaucoup plus rectiligne de l'axe trachéal.

La deuxième astuce consiste à projeter, avec le laryngoscope, la mâchoire inférieure vers l'avant, et non vers l'arrière comme cela est trop souvent pratiqué. ■

**A** bientôt !



### SÉQUENCE ÉMOTION

**DDSC, le 15 octobre 2007**

Les salons de la Défense et Sécurité Civiles n'étaient pas assez vastes pour accueillir tous ceux qui ont tenu à saluer le Médecin Général Henri Julien quittant ses fonctions de Médecin Conseiller. Le Préfet Henri Masse n'a pas manqué de souligner l'engagement de notre confrère qui a véritablement dynamisé le service santé. Pompiers, membres du 3SM, administrateurs et Préfets, tous ont su trouver auprès de lui conseils éclairés et avis pertinents. Il lui a même suggéré, promettant de le négocier avec Christine Julien, d'accepter de nouvelles missions. Pour notre part, nous comptons bien profiter de son talent de communicant pour œuvrer à nos congrès scientifiques. Sa place est toujours parmi nous. Il le sait. Henri, à tout de suite !

## Peugeot Boxer 4 x 4 Du nouveau chez Automobiles Dangel

Automobiles Dangel, le spécialiste français du 4 x 4, présente la nouvelle génération des véhicules Peugeot Boxer 4 x 4. Cet utilitaire léger est équipé d'un visco-coupleur hydraulique autopiloté permettant d'assurer automatiquement le passage de 2 en 4 roues motrices, sans l'intervention

du conducteur. Simple et performant, ce dispositif également fiable et économique n'altère en rien les qualités reconnues du véhicule de base.

Ces nouveaux 4 x 4 sont disponibles en : 4 empattements (3000, 3450, 3800 et 4035 mm) et en 2 motorisations diesel (2,2 l 100 ch



/250 Nm - boîte de vitesses 5 rapports et en 2,2 l 120 ch /320 Nm - boîte de vitesses 6 rapports  
Pour tout complément d'information : [www.dangel.com](http://www.dangel.com) ■

## 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

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





# Le casque et la plume

## AKIM Mag sur la sellette !

*Nos lecteurs en témoignent, l'humour un peu "appuyé" de notre ami AKIM Mag ne plait pas à tout le monde. Haro donc sur l'auteur de la rubrique "testez vos connaissances"... Quoi qu'il en soit notre facétieux confrère ne se laisse pas abattre par la critique.*

### Stop aux phrases mesquines !

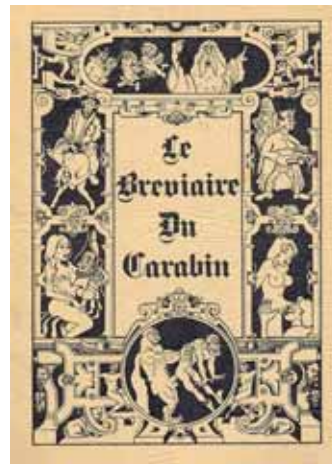
Dr Loïc HUET. Praticien Hospitalier Urgentiste.  
SAMU du Calvados - SMUR CHU Caen

Je suis médecin capitaine depuis 2004. J'essaie d'apporter mon peu d'expérience aux sapeurs-pompiers en enseignant le SAP 1. Je suis médecin hospitalier depuis 2002, PH depuis 2005 au SAMU 14. Quand je travaille avec les pompiers j'essaie d'être neutre et je ne viens pas « casser » du pompier de l'hospitalier.

Je lis votre article sur l'épiglottite (3SM N° 22, p 13) et je ne com-

prends pas les petites phrases mesquines entre parenthèses sur « le médecin régulateur occupé devant la machine à café », « l'urgentiste qui n'y connaît rien »... Ce n'est pas la première fois que je vois ce genre d'insinuation sur le SAMU et les urgentistes...

Ce n'est pas ainsi que vous faciliteriez les relations 18/15. Peut être souhaiteriez-vous simplement des relations 18/18, plus de



15 et le retour des médecins dans leurs hôpitaux... Si c'est cela le but du 3SM, je démissionne de suite. Trouvez-nous des médecins capitaines disponibles en campagne... chez nous ça ne se trouve plus.

**PS :** Pour info, sur une épiglottite qui tourne mal, on fait une ponction intercricothyroïdienne : ceci ne se fait pas avec un kit de trachéostomie... mais par ponction de la membrane intercricothyroïdienne avec un kit spécifique (type Minitrach).

### Assez de querelles de clocher !

Dr FRANCIS. Médecin Commandant.  
CIS TIEVIERS - Praticien attaché SAMU 24

Je viens de lire l'article « Testez vos connaissances » (3SM N° 22, p 13). J'en conclus que l'auteur doit probablement avoir un sur-moi très développé pour dire qu'il a sauvé une vie, incriminant la désinvolture du régulateur et l'outrecuidance du jeune urgentiste alors que pendant le transport il aurait pu améliorer la patiente par un aérosol adapté.

Heureusement, l'article « Le Casque et la Plume » du Médecin Ca-

pitaine Pierre Friederich (3SM N°22, p 23) est très réconfortant. Depuis 30 ans, médecin généraliste, médecin commandant sapeur pompier et médecin SAMU-SMUR, j'effectue la régulation au centre 15 du SAMU 24 et l'activité de régulation est devenue en quelques années tellement importante que chacun des 3 médecins présents chaque jour dans le service, assure à tour de rôle la régulation par tranche de 4 heures avec

3 permanenciers sous sa responsabilité. Pendant ces tranches horaires, il est quasiment impossible de quitter le poste de régulation et 4 heures c'est déjà long pour être performant, gérer le stress, la responsabilité et apporter la réponse adéquate avec une vigilance constante, et in fine ne pas avoir les plaintes judiciaires qui se multiplient. Je trouve dommageable que des intervenants, qui sont là pour coopérer afin de secourir au mieux la population, en soient encore à l'époque des querelles stériles de clocher.

### Castigat ridendo mores

Dans le précédent numéro de 3SM Mag, je me suis laissé aller à un peu d'humour. Mal m'en a pris, et j'en suis tout mari. Il n'y avait dans mes propos taquinant les confrères hospitaliers nulle intention d'opprobre. Mes longues nuits de garde n'ont pas tout à fait effacé mon esprit potache. J'aurais pu me faire mal voir des employés aux gaz en disant que ce qui différencie les souliers d'un chirurgien de ceux d'un anesthésiste était que les uns étaient tachés de sang, alors que les autres l'étaient...de café. Quant au gastro-entérologue de garde, je vous laisse deviner la couleur présumée du dessus de ses souliers de bloc. Dans le même ordre d'idée, la légende courait nos salles d'urgence que pour perdre un dossier, il suffisait de le confier à un orthopédiste. J'ai du trop souvent regarder MASH. J'ai bien compris que les toutes jeunes générations ne goûtaient guère l'humour carabin. Aussi l'on ne m'y prendra plus, d'autant que J.C.D. (le boss) m'a promis de m'envoyer à Guantanamo si je récidivais.

AKIM Mag

## Para MEDICS

### ET SI NOUS ALLIONS VOIR AILLEURS ?

L'équipe 3SM Mag est heureuse de saluer la naissance de notre confrère « Trauma », le seul magazine francophone du milieu préhospitalier en Amérique du Nord. Cette publication spécialisée, conçue par nos cousins québécois, traite essentiellement d'un sujet qui nous est cher : le milieu préhospitalier et sa traumatologie. Il constituera à n'en pas douter un outil indispensable pour diffuser les connaissances les plus récentes en la matière.

Bien que s'adressant principalement aux « paramedics », ce magazine nous a semblé susceptible d'intéresser les médecins et les infirmiers français, et notamment les lecteurs de 3SM-mag - en leur permettant notamment d'ouvrir une fenêtre sur les pratiques nord américaines.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons de le découvrir et de vous y abonner à un tarif préférentiel. Bulletin d'abonnement sur le site :

[www.urgence-pratique.com](http://www.urgence-pratique.com)



**PRIX : 60 € - 6 N°/an**

**Au sommaire du numéro 1 :**

Impacts à haute vitesse - implantation des premiers répondants - services préhospitaliers - polytraumatisé incarcéré - interventions médico-sociales - agressions sexuelles...

*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](mailto:revue@urgence-pratique.com)*

# Médecins salariés et statutaire :

## Vers une responsabilité personnelle ?

D'après un article extrait du magazine « Tout Prévoir » N° 382 - juin 2007

*En apparence limitée aux seuls libéraux, l'obligation d'assurance de responsabilité civile professionnelle pourrait, à la suite d'un arrêt récent de la Cour de Cassation, concerner également les salariés.*



La loi Kouchner du 4 mars 2002 n'a fixé d'obligation d'assurance de responsabilité civile professionnelle que pour les professionnels libéraux du soin. Les médecins salariés et hospitaliers ne sont soumis à aucune obligation d'assurance, leur responsabilité étant couverte par l'établissement. Il existe cependant des moyens d'engager la responsabilité personnelle. C'est le cas de la faute détachable en droit public, que l'on nomme « faute personnelle » pour les salariés. Sa mise en œuvre demeure exceptionnelle. Les cas d'engagement connus de la responsabilité du préposé (on qualifiera ainsi l'employé) étaient de fait quasiment limités aux cas où ce dernier avait commis une faute intentionnelle, ce qui reste rare. De ce fait, on comprend mieux que l'obligation d'assurance ne pèse que sur les professionnels du soin exerçant à titre libéral, bien que la souscription d'un contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle soit nécessaire à défaut d'être obligatoire pour les professionnels du soin salariés ou statutaires. Cependant, la Cour de Cassation a rendu au cours de l'année dernière une décision qui pourrait bien remettre en cause la répartition des responsabilités entre employeurs et préposés et qui pourrait avoir pour effet de multiplier les cas d'engagement de la responsabilité personnelle.

Bien que les régimes de responsabilité soient différents en droit privé et en droit administratif, on peut y trouver des traits communs qui permettent d'assimiler les cas d'engagement de la responsabilité des salariés et des statutaires.

• **En droit public**, la responsabilité personnelle du préposé statutaire ne peut être engagée qu'en cas de faute détachable du service. Le juge administratif a ainsi constamment décidé que la responsabilité de l'établissement em-

ployeur devait couvrir la responsabilité de l'agent dès lors que la faute génératrice de dommage n'était « pas dépourvue de tout lien avec le service », ce qui revient à dire que si on peut trouver un lien entre la faute de l'agent et l'exécution de la mission de service public, c'est la responsabilité de l'administration, et non celle de l'agent, qui est engagée. Cette définition restrictive laisse peu de place à la mise en œuvre de la responsabilité personnelle de l'agent.

• **En droit privé**, les choses étaient relativement similaires, bien que la responsabilité du salarié soit souvent « indirecte », avec indemnisation de la victime par l'employeur du fait de la faute de son salarié puis action récursoire à l'encontre du salarié afin de récupérer les indemnités. Il fallait, pour retenir la responsabilité du salarié, qu'il ait commis une faute d'une particulière gravité. La Cour de Cassation avait (arrêt Costedoat de 1990) encore restreint le champ d'application de la responsabilité personnelle en exigeant que la faute commise soit non seulement lourde mais aussi intentionnelle. Les conditions d'engagement de la responsabilité du préposé semblaient fixées et très protectrices.

### NOUVELLE JURISPRUDENCE

La Cour de Cassation a rendu le 8 mars 2006 un arrêt remettant en cause cette protection du préposé. Cette jurisprudence a vocation à s'appliquer aux médecins. Rendu dans une affaire de construction de la toiture du Stade de France, cet arrêt énonce qu'en omettant de s'assurer que les travaux étaient accomplis conformément aux règles de l'art, le chef de service de la partie « toiture/haubans », titulaire d'une délégation de pouvoir en matière d'hygiène et de sécurité, avait violé délibérément une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la

loi. Cette décision est novatrice : d'une part, le préposé délégataire est désormais considéré plus sévèrement que le préposé qui ne dispose d'aucun pouvoir de décision ni d'autonomie. D'autre part, une simple omission suffit désormais à constituer une violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence. Le parallèle avec le droit médical est évident : il est depuis toujours établi que le médecin, qui dispose d'une totale autonomie dans sa mission de soin et n'est donc pas soumis à l'autorité hiérarchique de l'établissement dans le cadre de cette mission, doit être considéré comme un préposé délégataire et qu'il sera en conséquence soumis désormais au régime d'appréciation de la faute personnelle le plus strict. Par ailleurs, la référence au manquement à l'obligation particulière de sécurité ou de prudence renvoie à la définition même de la faute médicale (manquement aux règles de l'art et des données acquises de la science) toutes juridiquement assimilées à des obligations particulières de sécurité ou de prudence. On peut donc considérer que cette jurisprudence récente va rendre possible dans de nombreux cas la mise en œuvre de la responsabilité personnelle des médecins préposés.

### ASSURANCE NÉCESSAIRE

Puisqu'il ressort de l'analyse de l'arrêt du 28 mars 2006 que les conditions d'engagement de la responsabilité personnelle pourront être facilitées, il devient nécessaire de garantir ce risque. Ainsi, alors même que la souscription d'un contrat d'assurance garantissant la responsabilité civile professionnelle n'est imposée par la loi que pour les professionnels du soin exerçant à titre libéral, la souscription d'un tel contrat devient indispensable pour les préposés. Ce recours à l'assuran-

ce n'est d'ailleurs pas rendu indispensable seulement du fait de l'élargissement potentiel des risques de mise en œuvre de la responsabilité personnelle des soignants, mais également du fait du contexte général de déprofessionnalisation des recours en matière d'accident médical et d'augmentation du contentieux pénal engagé à l'encontre des médecins.

S'agissant de la déprofessionnalisation des recours, il est bon de rappeler que la loi du 4 mars 2002 a créé un dispositif de règlement dit « amiable » des accidents médicaux devant lequel le recours à avocat n'est plus obligatoire. C'est donc la victime qui pourra, sans les conseils d'un professionnel du droit, mettre en cause la responsabilité d'un praticien préposé, par simple ignorance du fait que le préposé reste généralement couvert par son employeur.

Par ailleurs, on a assisté, au cours des dernières années, à une augmentation de 90 % du nombre de plaintes et d'actions pénales engagées à l'encontre des professionnels du soin. Or, en matière d'action pénale, il faut rappeler que l'employeur n'est jamais tenu pour responsable de fautes pénales commises par son préposé, qui devra répondre seul des conséquences de ses actes. Outre donc le risque d'engagement de sa responsabilité personnelle, il semble de plus en plus légitime de se garantir contre le risque de réclamation, en ce qu'il génère systématiquement des frais de procédure, d'avocats et de médecins conseil. C'est ce que permet en tout état de cause la souscription d'un contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle, puisque y sont incluses une protection juridique et une garantie dite défense pénale, recours qui permet de couvrir les frais consécutifs aux réclamations faites par les patients à l'encontre des soignants. ■



## CONFÉRENCES DE RÉANIMATION PRÉ-HOSPITALIÈRES 2008



Le Service de Santé et de Secours Médical de la BSPP et le Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires présentent les « Conférences de réanimation pré-hospitalières ».

Lieu : Amphithéâtre Rouvillois de l'École du Val de Grâce - 1, Place Alphonse Laveran - 75005 Paris.

Contact : Secrétariat BSPP/SMU, 1, place Renard, BP 31 75823 Paris CEDEX 17

Tél. : 01 56 79 67 53

Courriel : chefsmur.sssm@pompiersparis.fr

### PROGRAMME 2008

#### • Mardi 15 janvier - 16h30

#### Quand l'intervenant devient victime

Accidentologie en SMUR - Risque biologique quotidien : mythe ou réalité ? - Risques sur intervention : de la prévention à la sécurité.

#### • Mardi 12 février - 16h30

#### Toxicologie

Épidémiologie des tentatives d'autolyse médicamenteuse à la BSPP - Prise en charge d'une intoxication aiguë - Case report : prise en charge d'une intoxication à la Nivaquine - Case report : prise en charge d'une intoxication au chlorure de méthylène.

#### • Mardi 25 mars - 16h30

#### Évaluation des pratiques professionnelles et accréditation des personnels de santé

Le point de vue de l'HAS - Le point de vue de la SFAR - Évaluation des pratiques professionnelles en pratique : l'exemple d'un service d'anesthésie réanimation.

#### • Mardi 20 mai - 16h30

#### La mort inattendue du nourrisson (MIN)

Mieux connaître les MIN en 2008 - Les difficultés du pré-hospitalier - Accueil à l'hôpital et rôle des centres de référence.

# Le soutien sanitaire aux opérations (SSO)

## Rôle infirmier et astreintes thermiques

Marie-Laure LAGREZE - ISPV Montech (3SM 82) - IDE Urgence /SMUR Montauban

*En opération, l'infirmier doit-il de se cantonner aux soins d'urgence ou à la distribution d'eau ? N'est-il pas d'abord un conseiller à disposition du COS, dont l'objectif est de sauvegarder la santé des personnels ?*

Les sapeurs-pompiers subissent les aléas climatiques lors des opérations. Ces contraintes augmentent les aspects dangereux de leur métier. La prévention est indispensable. Des moyens d'évaluation existent : pourquoi ne pas les adapter. Les travaux effectués par l'Institut National de Recherche en Sécurité (INRS) et par les Canadiens (CCHST) sur le travail dans des conditions de chaleur ou de froid ainsi que la réglementation en vigueur sont une véritable mine d'or en ce qui concerne la sécurité au travail.

### LES TEXTES

- Code général des Collectivités territoriales, sous section 4, art R1424-24.
- Code du travail, les SDIS sont concernés par le livre II, titre III du Code du Travail, art L.230-2.I et art L.230-2.II.

### DÉFINITIONS

**Le confort thermique** : il est par définition particulièrement dépendant des perceptions individuelles et influencé par l'activité physique (production de chaleur), l'habillement et les niveaux et fluctuations des caractéristiques de l'ambiance thermique (température de l'air, de rayonnement, de contact, humidité et vitesse de l'air).

**Les ambiances thermiques** : le travail à la chaleur peut induire des accidents du travail consécutifs à une perte de vigilance, pour le ou les individus exposés, crampes ou malaises voir coup de chaleur. Ces risques sont accrus par une température ambiante excessive, une humidité relative de l'air élevée (< 70%), des températures nocturnes > 25°C.

Le travail au froid peut induire douleurs, syndrome de Raynaud, troubles neuromusculaires, engelures et hypothermie. Ces risques

sont accrus par une température ambiante < 5°C, une exposition au vent appelée refroidissement éolien et une humidité relative de l'air élevée. Ainsi, une température de -5°C avec un vent de 45 km/h peut produire le même refroidissement corporel qu'une température de -15°C.

Les conditions thermiques ont d'importantes répercussions sur les neuromusculaires et cognitives des intervenants (voir encadré).



### ÉVALUATION DES ASTREINTES THERMIQUES

- En ambiance chaude : utilisation du « heat index chart » (d'après le National Oceanic and Atmospheric Administration).
- En ambiance froide : utilisation d'une grille des températures ressenties en fonction de la vitesse du vent (Commission de la santé et de la sécurité au travail, Canada).

### MISE EN PLACE

Une VL Infirmier avec le matériel de mesure climatique, des fiches d'évaluation et des fiches réflexes protocolaires de moyens à mettre en œuvre en fonction des risques encourus. Peut être ajoutée une logistique minimale : eau et collation énergétique de base (permettant d'attendre l'arrivée de moyens plus adaptés). Le rôle de l'ISP est également l'information au COS, pouvant le conseiller dans d'éventuelles demandes au CODIS (relèves, logistique et autres moyens spécifiques) ainsi qu'au médecin d'astreinte pour l'adéquation des moyens médicaux (renfort du 3SM).

### CONCLUSION

En pensant aux astreintes thermiques, notre rôle préventif prend tout son sens. Le risque météorologique est présent, le réchauffement climatique une réflexion d'actualité. Il faut systématiser la prise en charge de ces facteurs de risque. Le métier de sapeur-pompier peut être dangereux, l'adage « sauver ou périr » ne peut plus être le fer de lance de la profession. Aider à la réussite d'une mission, et faire que chacun rentre chez lui fatigué, mais en bonne santé, est l'aboutissement de notre rôle.

Altération des capacités neuromusculaires (temps de réaction) et cognitives (tests mentaux) exprimées en % des performances en situation de neutralité thermique. [d'après Pilcher et coll. 2002]	
Froid :	< 10°C
Frais :	18.3°C
Neutre :	20°C
Tiède :	21.1°C
Chaud :	26.6°C
Très chaud :	> 32.2°C

Ainsi, la prise en compte des astreintes thermiques est incontournable dans le SSO. Les applications doivent répondre à des règles telles que la facilité et la rapidité d'application, l'adaptabilité aux situations d'intervention et la faisabilité organisationnelle et économique.

### MATÉRIEL SPÉCIFIQUE

- Multimètre pour mesures environnementales : mesure entre autres la température et l'humidité.
- Thermo-anémomètre : mesure la température et la vitesse du vent.
- Thermomètre à lecture infra rouge : lecture à distance de la température.

## LES JEUDIS DE L'URGENCE 2008



Le service médical du BMPM et le Club des Anesthésistes-Réanimateurs et Urgentistes Militaires présentent « les Jeudis de l'Urgence ». Lieu : Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées - Bd, Charles Livon -13007 Marseille - Jardin du Pharo.

Contact : Tél : 04 95 05 40 82, fax : 04 95 05 40 78, e-mail : les-jeudisdelurgence@bmpm.gouv.fr

### • Jeudi 10 janvier 2008

#### Traumatisé crânien

Prise en charge - Le TC au SAU - Réanimation des 24 premières heures - Interprétation de la TDM - Pronostic en rééducation.

### • Jeudi 7 février 2008

#### Urgence en médecin tropicale

Recommandations - Accès palustre enfant / adulte - Prévention du paludisme - Fièvre après un séjour tropical - Cas cliniques.

### • Jeudi 6 mars 2008

Troubles du rythme en urgence Mécanisme et traitement - Tachycardies à QRS larges : démarche diagnostique - arythmies en urgence - Cas cliniques sur simulateurs.

### • Jeudi 3 avril 2008

#### Echographie clinique

Intérêt de l'échographie préhospitalière - L'échographie au SAU - L'échographie clinique - Ateliers d'initiation à l'échographie.

### • Jeudi 15 mai 2008

#### Situation d'exception

Secours en montagne - Urgences en spéléologie - Le médecin de Marine - Soutien médical d'une unité contre terroriste - Soutien médical d'une mission du commandement des opérations spéciales

### • Jeudi 5 juin 2008

#### Milieu NRBC

Doctrines nationales - Reconstitution dosimétrique - Brûlures radiologiques - Exercice: Attentat radiologique - Ateliers médico-techniques.

### • Jeudi 26 juin 2008

#### Pathologies des vacances

- Les envenimations graves - L'urgence et les sports nautiques émergents - Prise en charge des brûlés - Accident de plongée - Hyperthermie maligne d'effort.

# Formez-vous en cardiologie d'urgence

## ACLS 2008 : pourquoi pas vous ?

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

Nombreux sont ceux, parmi nos lecteurs, qui ont participé à une session de formation ACLS. La satisfaction est unanime : pour tous l'ACLS constitue un moyen irremplaçable d'acquiescer (ou de renforcer) un savoir faire indispensable à toute pratique de terrain et cela en un minimum de temps.

Alors n'hésitez plus et prenez LA bonne résolution pour 2008 : inscrivez-vous à l'ACLS !

### Les dates : ACLS base

15-16 et 17-18 janvier 2008

26-27 et 28-29 mai 2008

15-16 septembre 2008

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

### PRIX ACLS BASE : 500 Euros

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



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

**Clôture des inscriptions :** (Inscriptions limitées à 18 personnes par groupe).

**Durée de la formation :** 2 jours 8h30 à 18h (J1), 8h à 17h (J2).

**Renseignements et inscriptions :** Urgence Pratique Formation Marie-Laure VRIGNON BP 26 - 34190 Ganges

Tél : 04.67.73.18.24

Fax : 04.67.73.86.36

formation@urgence-pratique.com

N° agrément : 91340366834

### Bulletin d'inscription

et programme sur :

[www.urgence-pratique.com](http://www.urgence-pratique.com)

# 24<sup>e</sup> congrès scientifique de médecine d'urgence

## Montréal du 6 au 8 novembre 2007

### La Rédaction

*Durant trois jours, les « cousins » de la belle Province membres de l'AMUQ (Association des médecins d'urgence du Québec) ont planché sur les problèmes d'urgence pré et intra hospitaliers.*

Caractéristique propre aux congrès Nord Américains, un pré-congrès était dédié à des ateliers pratiques. Au-delà des classiques manipulations de méga-code, un atelier nous a particulièrement frappé par son côté pédagogique, c'est celui qui utilisait des cadavres fournis par la faculté pour que soient pratiqués de façon la plus réaliste possible mini-trachéotomies, recherche de voie veineuse ou intubation guidée. Un autre atelier était consacré à l'échographie, qui prend de plus en plus de place (justifiée) dans les camions et les salles d'urgence.

Les thèmes principaux du congrès scientifique étaient la traumatologie, les urgences chirurgicales,



Travail sur cadavre.

la pédiatrie sans oublier un focus important sur les nouveautés. En tout il y avait plus de 80 heures de formations, qui attirèrent plus de 650 visiteurs soucieux de revisiter



les acquis tout en découvrant des nouveautés, afin de prodiguer des soins optimaux. Toute la complexité et qualité de ce congrès ne sauraient être décrites ou résumées, en quelques mots. Les conférences, les ateliers, les échanges en pause-café, dans le salon des exposants, au cocktail de bienvenue ou à la soirée dansante, ainsi qu'à l'olympiade de la médecine d'urgence, partout on pouvait sentir l'âme chaleureuse canadienne avec toute sa richesse.

Bravo donc les « cousins ».

Rendez-vous au centre des congrès de Québec pour l'activité de formation médicale continue la plus populaire au Québec du 4 au 7 novembre 2008 au 25<sup>e</sup> congrès de l'AMUQ !

Si nos lecteurs sont intéressés par un déplacement qu'ils ne regretteront pas, nous pouvons l'organiser. Faites-nous le savoir. ■



## Boutique du 3SM

### COUPE-VENT SERVICE DE SANTÉ

Doublé jersey avec extérieur 100% nylon 210 T imperméable. Ouverture devant avec patte, zip et pressions, 2 poches surpiquées sur le devant, 1 poche zippée + 1 poche téléphone portable sur la doublure, capuche pliée dans le col, fermeture zippée.  
Couleur : bleu Marine  
Taille : M - L - XL  
Prix : 25,00 € (port inclus)



### SWEAT SHIRT SERVICE DE SANTÉ

Col rond, bords côtes avec élasthanne aux poignets et bas du sweat shirt. Bande de propreté en sergé à l'arrière du col. Double piqûre au col, manches et bas. Qualité : molleton 80%, polyester 20%, gratté intérieur 280 gr/m<sup>2</sup>.  
Couleur : Bleu Marine.  
Tailles : M - L - XL  
Prix : 20,00 € (port inclus)



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

Urgence Pratique Publications  
BP26 - 34190 Ganges

Commandez en direct sur :  
[www.urgence-pratique.com](http://www.urgence-pratique.com)

4 parutions par an - Décembre 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](mailto:revue@urgence-pratique.com)  
Site Web : [www.urgence-pratique.com](http://www.urgence-pratique.com)

## Plavix (Clopidogrel)

**Dans la trousse du MSP**  
**PROPRIÉTÉS :**  
- Antiagrégant plaquettaire préventif.

**INDICATIONS :**  
- Prévention des complications artérielles (infarctus, accident vasculaire cérébral) chez des patients ayant présenté un accident vasculaire cérébral ischémique, un infarctus du myocarde ou une artérielle des membres inférieurs.  
- Syndrome coronaire aigu en association avec l'aspirine.

**POSOLOGIE :**  
- Prévention : 1 cp à 75 mg en une prise quotidienne.  
- Syndrome coronaire aigu sans sus-décalage ST : dose de charge 300 mg suivi d'une prise quotidienne de 75 mg.

- Syndrome coronaire aigu avec sus-décalage ST : dose de charge 300 mg suivi d'une prise quotidienne de 75 mg + traitement thrombolytique si nécessaire.

**CONTRE INDICATIONS :**  
- Lésion susceptible de saigner, allergie au produit, insuffisance hépatique sévère, allaitement.

**EFFETS SECONDAIRES :**  
- Hémorragies intestinales ou nasales, des nausées, des diarrhées, des éruptions cutanées.  
- Atteintes hépatiques ou hémato-logiques (anomalies de la formule sanguine).

**PRÉSENTATION**  
- Comprimé pelliculé à 75 mg.

**CINÉTIQUE :**  
- Prodrogue dont le métabolite actif se fixe rapidement et irréversiblement aux récepteurs plaquettaire provoquant une inhibition de l'agrégation plaquettaire. ■

## Livres de la BOUTIQUE

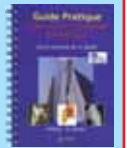
### CAHIER D'INTERVENTION SMUR Les médecins du BMM

*Sauramps médical*  
Extrêmement complet, ce carnet est un outil de qualité pour une prise en charge optimale des victimes. Il comprend trois parties : protocoles médicaux, fiches techniques et fiches thérapeutiques.  
37,90 € (port inclus)



### URGENCES EN ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE - Guide Pratique

*Jean-Luc Jouve.*  
*Sauramps médical*  
Toutes les connaissances nécessaires à la prise en charge de la traumatologie pédiatrique, le tout sous forme pratique.  
44,77 € (port inclus)

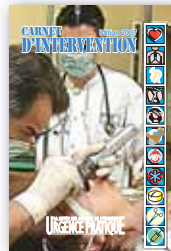


Commandez en direct sur :  
[www.urgence-pratique.com](http://www.urgence-pratique.com)

## PUBLICATIONS URGENCE PRATIQUE

### OFFRE DE BIENVENUE

Pour tout abonnement à la revue Urgence Pratique : Offerts 1 Carnet d'Intervention + 1 Caducée (transparent ou opaque) + 1 pins



### 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 : .....  
Tél..... Profession : .....

1 Carnet d'intervention  
et 1 caducée OFFERTS  
en cadeau de bienvenue

Abonnement	6 numéros 1 an	12 numéros 2 ans
Individuel France	<input type="checkbox"/> 70,00 € au lieu de 80,00 € +Cadeau	<input type="checkbox"/> 110 € au lieu de 137,00 € +Cadeau

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 : \_\_\_\_\_

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

## Mobile Acuity LT™ de Welch Allyn

Un système de monitoring centralisé et autonome.



### Déploiement simple et rapide dans toutes les circonstances.

- Désincarcération, intervention de très longue durée, situations à risques.
- Rapidité de mise en place quand les hôpitaux sont surchargés.
- Monitoring sur site en cas de problèmes de contamination.
- Disponibilité accrue des personnels soignants pour un plus grand nombre de patients.

Malle de stockage et de transport



### Pour une mise en œuvre rapide dans la prise en charge des victimes dans les situations d'exception :

- catastrophes naturelles,
- accidents,
- opérations militaires,
- attentats, N.R.B.C, ...



### Système sans fil

Le système Mobile Acuity LT™ avec moniteurs Micropaq®, Propaq® LT et Propaq CS® (sans fils) s'installe en quelques minutes et vous permet de visualiser à distance (communications Bi-directionnelles) les paramètres vitaux et les informations sur les patients (12 patients sur 1 seul poste de travail) avec toute la flexibilité d'un réseau sans fil.

**WelchAllyn®**

Advancing Frontline Care™