

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Le service des études juridiques du Sénat vient de publier une étude de législation comparée sur la démographie médicale. Ce document analyse les dispositions en vigueur dans sept pays européens : Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Suisse, ainsi qu'au Québec. Il met notamment en évidence que :

- dans tous les pays étudiés, un *numerus clausus* limite l'accès aux études de médecine, mais il n'est pas nécessairement déterminé en fonction des besoins futurs ;
 - la liberté d'installation des médecins conventionnés est restreinte non seulement en Angleterre, où les intéressés sont liés par contrat au Service national de santé, mais aussi en Allemagne, en Autriche, en Suisse et au Québec ;
 - la Belgique limite par voie réglementaire le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés ;
 - le Québec a multiplié les mesures d'incitation à l'installation dans les régions sous-médicalisées.
- Ce document est consultable sur internet à l'adresse suivante : www.senat.fr/lc/lc185/lc185.html

E_n ligne pour VOUS

WWW.3SM-MAG.COM

Le 3SM-Mag - magazine du Service de Santé et de Secours Médical - est désormais en ligne. Son site internet vous permet de télécharger les anciens numéros de l'année, de votre revue préférée au format pdf. Un moyen sûr de vérifier qu'il ne vous manque aucun numéro et de compléter en quelques clics votre collection... En outre, 3SM-Mag.com vous permet de vous abonner, d'abonner vos confrères ou d'abonner votre service (de manière totalement gratuite) et de recevoir ainsi chez vous ou à la caserne l'édition papier du journal que vous tenez entre les mains.

Magazine du Service de Santé et de Secours Médical

Des Journées Scientifiques exemplaires

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

Edito Quelque peu artisan des Journées d'Evian, je pourrais être taxé de parti pris, mais foin de fausse humilité, ces Journées, furent à tous points de vue un franc, grand et beau succès. Remercions le Président Richard Vignon et son vice Président Jean-Yves Bassetti, d'en avoir

défendu le concept. Ces réunions entièrement consacrées à nos missions, non seulement correspondent à un réel besoin de formation continue, mais permettent aussi de démontrer de manière éclatante le dynamisme du 3SM. Il fallait voir la salle des séances plénières peinant à contenir tous les participants, il fallait assister aux ateliers qui se sont prolongés fort tard tant les sujets étaient passionnants. Il fallait voir la foule se presser sur les stands de nos partenaires, tous ravis d'être à nos côtés.

Ces Journées qui s'inscrivent désormais parmi les événements médicaux d'importance, supportent la comparaison avec n'importe quelle autre manifestation scientifique. La visite de Michèle Alliot-



© Patrick DION, SDIS 74

Marie, Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités Territoriales, fut le point d'orgue de cette manifestation, apportant à notre 3SM la reconnaissance de l'Etat. Le discours de Richard Vignon, pour l'accueillir, fut aussi très fort de sens. Il a justement plaidé pour un renforcement, en matière médicale, de l'autorité des Médecins Chefs, devant pouvoir pleinement exercer leur responsabilité sur les missions conduites par les membres de leur service, sans subir une tutelle extérieure. Je rajouterais qu'il est plus que jamais nécessaire, ou notre cheminement vers l'excellence n'aurait guère d'objet, que cette autorité soit aussi reconnue en interne, dans notre propre structure. C'est loin d'être toujours le cas. ■



Un danger méconnu

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

Humeurs Les effets néfastes sur l'environnement du monoxyde de dihydrogène également connu sous le nom d'acide oxhydrique (H-OH) ne sont plus à démontrer. Ce composé chimique - qui intervient dans l'érosion des sols, favorise la corrosion de nombreux métaux et entre dans la composition des pluies acides - s'accumule aujourd'hui dans nos rivières, nos mers et nos lacs. En clinique humaine, les chercheurs ont établi que son ingestion en quantité excessive peut être à l'origine de désordres hydro électrolytiques couplés à une augmentation significative de la diurèse. De plus, son inhalation massive conduit à coup sûr au décès en seulement quelques minutes. En outre, après contact avec la peau, la décontamination est problématique puisque le produit reste toujours présent sur les surfaces cutanées surtout après un rinçage abondant. Plus inquiétant : en l'absence de toute législation en ce domaine, l'industrie alimentaire introduit impunément le monoxyde de dihydrogène dans la composition de la plupart des boissons et la tolère dans celle d'innombrables aliments : conserves, surgelés, plats cuisinés, pain, viande, yaourts, fruits et légumes, sans même parler des aliments pour bébés. Malgré toutes ces informations alarmantes - toutes scientifiquement étayées et très simples à vérifier* - les gouvernements des principaux pays industrialisés se refusent toujours à en interdire la production, la distribution, l'utilisation et la consommation. Si vous vous demandez encore comment expliquer tant de permissivité, relisez ce qui précède, faites usage de votre esprit critique... et buvez un grand verre d'eau.

* : Consulter à ce propos l'article de Wikipédia consacré au canular du monoxyde de dihydrogène

Améliorer l'efficacité de la chaîne

Le 17 mai dernier, Michèle Alliot-Marie, Ministre de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités Territoriales, s'est adressé aux personnels du 3SM lors des 2^{èmes} journées scientifiques européennes du Service de Santé et de Secours Médical des Sapeurs-Pompiers. Nous reproduisons ici les points essentiels de son allocution.

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

Je vous remercie [...] de votre invitation et de votre accueil chaleureux à ces journées consacrées au Service de Santé et de Secours Médical des Sapeurs-Pompiers. Le lien entre santé et secours est au coeur du modèle français de sécurité civile. Les membres du Service de Santé et de Secours Médical des Sapeurs-Pompiers, médecins, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires, ont fait le choix de mettre leur énergie et leur savoir-faire au service de la protection des Français. Tous partagent les mêmes valeurs de solidarité, de fraternité et de désintéressement. Tous contribuent à préserver quotidiennement la vie de nos concitoyens.

Tous méritent d'être soutenus dans l'exercice de leur vocation, tous méritent que la chaîne de secours soit en permanente amélioration.

SOUTENIR LES MEMBRES DU 3SM DANS L'EXERCICE DE LEUR VOCATION

Je veux soutenir les membres du 3SM dans l'exercice de leur vocation au service des Français.

- **Le secours à personne** est aujourd'hui la première mission des sapeurs pompiers. La proximité [...] est la clé d'une réponse efficace aux besoins de nos concitoyens. Le maillage des centres de secours permet d'agir sur l'ensemble du territoire.

La diversité de vos domaines d'interventions opérationnelles - toxicologie, cardiologie, tabacologie - correspond aux évolutions et au vieillissement de notre population. Du premier geste qui sauve à l'intervention médicale la plus pointue, votre champ d'action est de plus en plus large.

Le soutien sanitaire en opérations est essentiel. L'explosion de la rue Riquet à Paris ou l'explosion de



Lyon à la suite d'une fuite de gaz n'en sont que des exemples.

- **La reconnaissance de votre rôle** suppose d'en tirer les conséquences.

La formation est la condition de la compétence et de l'excellence. Elle est l'une des clés de la qualité du secours. Elle est l'une des clés de votre sécurité.

Je souhaite mettre en place des formations adaptées. Adaptée aux missions du secourisme tout

d'abord. La formation des volontaires s'intégrera dans une formation médicale continue obligatoire, mise en place par le Ministère de la Santé.

Une formation adaptée, c'est aussi une formation adaptée aux besoins de chacun. Beaucoup de volontaires veulent mettre leurs connaissances déjà acquises au service de la protection de leurs concitoyens. Je souhaite développer la validation des acquis



des secours ; soutenir le 3SM



Photos P. Dion, Service communication, SDIS 74.

risques sanitaires liés aux interventions. L'accent doit être porté sur l'appui psychologique apporté aux Sapeurs-Pompiers avant et après les interventions difficiles.

Des actions seront également menées lors des entraînements sportifs. Nous avons besoin de Sapeurs-Pompiers entraînés, mais l'entraînement ne doit pas être l'occasion de blessures.

Des partenariats universitaires en recherche appliquée nous permettront de mieux connaître vos spécificités face à la santé au travail et donc d'améliorer notre action.

Je souhaite également adapter le statut du personnel du 3SM. Un décret, dont la parution au Journal Officiel est imminente, fixera le régime indemnitaire du personnel, réglera le problème de grade entre médecin chef et médecin chef adjoint, et supprimera les limites d'âge pour médecins, pharmaciens et vétérinaires.

La mobilisation des membres du 3SM est essentielle au fonctionnement de la chaîne de secours.

de l'expérience dans le cursus de formation.

La santé au travail [...] est une de mes préoccupations essentielles. La préservation de la santé des sapeurs-pompiers est l'une des missions du 3SM. Je connais votre implication sur ce dossier. Je vous engage à aller encore plus loin. Je souhaite, sur la base de travaux demandés et réalisés par les SDIS, généraliser les actions de prévention contre l'ensemble des

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE LA CHAÎNE DE SECOURS

Mon ambition est d'améliorer encore l'efficacité de la chaîne de secours. Deux exigences guident mon action pour nous conduire vers un fonctionnement exemplaire de la chaîne de secours.

- **La coordination est la première.** La multiplicité des acteurs, depuis l'alerte jusqu'à la présence sur site d'une équipe opération-

nelle d'intervention, rend indispensable la coordination des acteurs du secours [...]. J'ai souhaité installer, en liaison avec Roselyne Bachelot, un comité quadripartite qui associe les Sapeurs-Pompiers et les professionnels de l'urgence. Je tiens à remercier la FNSP pour son implication dès l'origine sur ce dossier, auquel je prête la plus grande attention.

Plusieurs points ont été abordés : le rôle de chacun des acteurs, les outils communs de communication, la nécessaire évaluation du dispositif de secours et de soins d'urgence. De nouvelles séances sont programmées [...].

Au terme de ces réflexions, un document formalisera les modalités de coopération des acteurs du secours. Il s'agira là d'une étape majeure depuis le temps que *rouges et blancs* devaient se parler. Je proposerai la tenue d'un colloque avec Roselyne Bachelot pour présenter les conclusions de la commission.

- **L'ouverture internationale est la seconde exigence.** La Présidence Française de l'Union Européenne sera l'occasion de favoriser la complémentarité et la synergie avec tous les moyens de secours européens.

Je mettrai en oeuvre des actions concrètes et pragmatiques pour renforcer la capacité européenne de sécurité civile. La création des modules de protection civile opérationnels devra permettre d'associer concrètement les ressources des États dans le cadre de mis-

sions prédéfinies. Une initiative de Formation Européenne pour la protection civile pourra permettre une formation harmonisée des personnels européens. Ceci est essentiel lorsqu'ils sont déployés ensemble en situation d'urgence. Enfin, un exercice européen permettra de tester la réponse de l'Union Européenne en cas d'acte terroriste incluant des composantes chimiques, biologiques et radioactives.

D'autres exercices sur des thématiques particulières garantiront l'efficacité des actions conjointes.

REPLACER LE CITOYEN AU COEUR DE LA SÉCURITÉ CIVILE

La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 a redessiné la chaîne de secours en replaçant le citoyen au coeur de la sécurité civile. Mon ambition est de pouvoir compter sur 63 millions de secouristes, en cohérence avec un dispositif de secours coordonné et efficace.

J'ai besoin de vos compétences de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens et de vétérinaires pour améliorer le fonctionnement de la chaîne des secours, au service de nos concitoyens.

Ensemble, nous bâtissons une société de confiance, fondée sur la responsabilité de chacun et la solidarité de tous.

Je vous remercie. ■

Photos P. Dion, Service communication, SDIS 74.



CYANOKIT[®] 2,5 g

HYDROXOCOBALAMINE

Traitement préférentiel⁽¹⁾ des intoxications par les cyanures

Traitement antidotique des
intoxications aiguës par :

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



STORM - 06/2007

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

CYANOKIT[®] 2,5 g, lyophilisat pour usage parentéral (IV). FORMES et PRÉSENTATIONS : Lyophilisat pour usage parentéral (IV) : 2 flacons de lyophilisat [présentés avec 2 flacons de 100 ml de solution pour perfusion de chlorure de sodium à 0,9 % BBraun (AMM 360 488.5) + 1 système de perfusion Intrafix Air de BBraun (CE 0123) + 2 dispositifs de transfert 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

MERCK
SERONO

Bon ANNIVERSAIRE

NUMÉRO 1000 !

Notre confrère « Le Sapeur-Pompier Magazine » a publié au mois d'avril dernier son 1000^{ème} numéro. Notre rédaction est heureuse de féliciter ce mensuel de référence et de saluer sa remarquable longévité preuve de sa qualité et de son intérêt aux yeux de ses nombreux lecteurs. Très bon anniversaire donc !



Insignes du 3SM

Sur Légifrance : arrêté du 15 mai 2008 modifiant l'arrêté du 6 mai 2000 fixant les tenues, insignes et attributs des sapeurs-pompiers et pris pour application de l'article R.1424-52 du CCGT.

Réf : NOR : IOCE0811857A

Paru au J.O.R.F. n° 0120 du 24 mai 2008 page texte n° 7.

Sur le site de la DDSC, vous trouverez les annexes :

- annexe IV concernant le SSSM. Portant spécifications générales des tenues des personnels masculins et féminins du service de santé et de secours médical.

A noter : les modifications d'insignes de grade des ISPP et ISPV ; parution de l'insigne d'IESPP et la fusion de celui d'infirmier principal avec celui d'infirmier chef.

- annexe II concernant les spécificités des départements de métropole et d'Outre-mer ;

- annexe III : cas généraux dont les casques F1 et F2 à usage du SSSM ;

Pour y parvenir : site DDSC, puis rubrique matériel, équipements et ressources techniques.

<http://www.interieur.gouv.fr>

Bonne lecture !

La Fédération



Refuser la médiocrité et l'amateurisme

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



Il n'existe qu'une seule médecine d'urgence, celle que pratiquent tous les acteurs du secours. Sa spécificité tient dans la diversité de ses origines, et le savoir de terrain associé à des évaluations et connaissances scientifiques.

Afficher aujourd'hui l'unicité d'une médecine, que l'on soit hospitalier ou membre du 3SM, c'est accepter de mettre en commun des

acquis de l'expérience, une pédagogie, des techniques..., mais c'est également refuser la médiocrité et l'amateurisme.

Le temps est venu de construire un édifice commun prestigieux où chaque composante trouvera sa place, dans un respect mutuel et un esprit progressiste.

Nous devons prendre le relais de nos pionniers, des maîtres bâtisseurs, qui ont su au fil des années et dans un environnement souvent hostile, nous établir une assise solide sur laquelle nous construisons notre... cathédrale.

Une médecine unique, un savoir unique pour un citoyen qui sollicite une aide et qui attend du service public la proximité, l'efficacité et la rapidité.

Ce souhait régulièrement rapporté par nos élus et la population nécessite une nouvelle approche de la conception du secours, la recherche d'une performance sans entrave, le refus de toute compromission, la mutualisation des moyens.

Alors, et seulement alors, la victime restera au centre de nos préoccupations. ■

Mnémotechnique des fumées d'incendies

Dr Francis GROSSENBACHER - Centre Régional de Toxicovigilance. Reims

Les intoxications par fumées d'incendies sont la cause de nombreux décès. Leur composition est complexe, variable, fonction de la température et de la teneur en O₂. Aux risques d'intoxication sont associées l'irritation et l'empoussièrement des voies respiratoires, sans oublier le risque thermique par la chaleur ambiante et les flammes. Ces fumées sont produites par pyrolyse et par combustion.

Quatre éléments principaux sont omniprésents :

le carbone **C**, l'oxygène **O**, l'azote **N**, l'hydrogène **H**, soit le **C.O.N.H.** et leurs combinaisons possibles avec d'autres éléments pendant un incendie.

C	O	N	H	Cl - FS
C	CO CO ₂	CN - HCN	CH ₄ - CnHn	Dioxines
O	O ₂ -O ₃	NO ₂ - NO ₃	H ₂ O	So ₂
N	NOx-NO ₂		NH ₃ -NH ₄	
H	H ₂ O	NH ₃ -NH ₄	H ₂	HCL - HF

Le danger de ces fumées est le M.I.C.C.A.

Mortel : CO (monoxyde de carbone), CN et HCN (cyanures)

Irritant : NO (oxyde azote) NOx, NH₃ (ammoniac) NH₄ (ammoniaque), Cl₂ (chlore) et chlorés, O₃ (ozone)

Comburant : O₂, H₂, CxHx, CH₄

Caustique : HCl, HF (acides)

Aggravant : CO₂, Chute de la FiO₂

L'oxygène est nécessaire à toute combustion et aussi à toute réanimation !

Sécurité ROUTIÈRE



L'Automobile Club Médical de France, organise le samedi 27 septembre au Pôle mécanique Alès Cévennes une journée Sécurité Routière-Santé Publique destinée aux médecins du Gard et des départements limitrophes.

Cette journée se découpe en trois parties :

- Cours de conduite, avec exercices sur piste à faible adhérence.

- Ateliers pratiques de gestes d'urgence.

- Consultation médicale et sécurité routière.

Henri Julien et moi-même sommes conseillers médicaux de l'ACMF, et nous avons eu à cœur de les aider à développer ces journées qui rencontrent un franc succès auprès des confrères. Nous comptons sur une présence active des médecins SP, professionnels et volontaires, de la région, et serons là pour les accueillir. ■

Dr Jean-Claude DESLANDES

Renseignements et Inscriptions :

ACMF, Florence Du Corail :

01 47 04 31 30 et

info@acmf.asso.fr

Programme sur :

www.urgence-pratique.com

NICOPASS[®]

NICOTINE

PASTILLE À SUCER

SANS SUCRE

POUR FAIRE PASSER L'ENVIE DE FUMER



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



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

www.nicopass.com



Pierre Fabre

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Une obligation nouvelle pour les professionnels de santé.

T. FUZELLIER, M. WEBER. Médecins-Chef SDIS 26 et SDIS 51.

L'EPP est maintenant obligatoire pour les médecins. Elle devrait le devenir prochainement pour les pharmaciens et les infirmiers.

L'EPP fait partie intégrante de la formation médicale continue. Les points alloués pour la réalisation de l'EPP ne sont pas fractionnables. Ils ne seront donc attribués que si la totalité de l'EPP est effectuée.

DES ORGANISMES AGRÉÉS

L'EPP réalisée par le professionnel de santé doit être obligatoirement indépendante de l'employeur et par conséquent de l'autorité d'emploi.

Seul un organisme agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS) peut valider l'EPP. Cet organisme délivrera au professionnel de santé une attestation confirmant qu'il a répondu à ses obligations.

COMMENT S'ORGANISE L'EPP ?

Un groupe de professionnels de santé s'organise pour réaliser son EPP. Il peut être constitué de professionnels de différentes disciplines et de différentes professions.

Pour les groupes qui ont l'habitude de travailler d'une façon pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, il est recommandé qu'ils réalisent leur EPP en gardant leurs habitudes de fonctionnement.

QUEL EST LE RÔLE D'UN ORGANISME AGRÉÉ ?

L'organisme agréé peut intervenir selon trois modalités :

- en validant un programme qui est proposé par un groupe de professionnels.
- en proposant un programme qui est ensuite réalisé par les professionnels de santé.
- en réalisant l'EPP à laquelle participent les professionnels.

QUI EST CONCERNÉ ?

Tout professionnel de santé (médecin, pharmacien et infirmier) est concerné, quel que soit son statut (professionnel ou volontaire) et son type d'exercice (salaire, hospitalier, libéral). Pour celui qui relève de plusieurs exercices,

il doit réaliser son EPP sur une partie significative de son activité. Un SPV du service de santé peut réaliser son EPP sur sa pratique médicale du SSSM.

A titre d'exemple, citons quelques thèmes : prise en charge des urgences, actions de prévention contre les conduites addictives, lecture de l'ECG, hygiène, protocoles...

UNE OBLIGATION POUR LES PROFESSIONNELS, UN ENJEU POUR LES VOLONTAIRES

Les SPP du service de santé doivent réaliser leur EPP pendant leur temps de travail. L'EPP entre en effet dans leurs obligations de formation continue.

Pour les volontaires, la réalisation de l'EPP au sein du service de santé a un double intérêt :

elle leur permet de répondre à leur obligation en tant que professionnel de santé, avec une motivation encore plus grande d'œuvrer pour le SSSM.

Cela va se traduire par une forme de reconnaissance pour le service de santé, puisque les pratiques vont encore s'améliorer et s'uniformiser.

EPP DES PROFESSIONNELS DES CHEFFERIES SANTÉ

Un groupe de professionnels concernés par cette problématique peut réaliser son EPP à partir du moment où les sujets abordés constituent une partie significative de leur pratique « médicale ». Cette EPP pourra être pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. ■

septembre et la restauration des 2 jours (1 petit-déjeuner, 2 déjeuners et 1 dîner).

Clôture des inscriptions le 31 juillet (inscriptions limitées à 15 personnes)

Renseignements et inscriptions :

Urgence Pratique Formation
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

Exercice SINUS

(Système d'Information Numérique Standardisé), de suivi des victimes en cas de crise majeure Michèle Alliot-Marie s'est rendue à la Caserne Champerret de la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris le 14 mai 2008, afin d'assister à la présentation générale de l'exercice SINUS.

Trois objectifs principaux :

- l'information des autorités pour une gestion de crise et une communication de qualité,
- l'aide aux enquêtes de police judiciaire,
- l'information du public et notamment des proches des victimes.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Le système SINUS repose sur :

- un identifiant : dès sa prise en charge, chaque victime se voit dotée d'un bracelet à code barres muni de stickers supplémentaires destinés à l'identification de documents ou d'effets liés à cette personne. Il résiste à toute dégradation due à la chaleur ou aux produits décontaminants.
- une base de données vers laquelle est transféré en temps réel l'ensemble des informations concernant les victimes. Cette base de données est installée sur un site Internet sécurisé implanté au centre de traitement de l'information du ministère de l'Intérieur.

APPORTS DU SYSTÈME SINUS

Il permet :

- d'établir rapidement un bilan chiffré,
- d'établir en temps réel une liste globale exhaustive,
- d'organiser l'exploitation de ces données en fonction des spécificités requises (classements par tranches d'âge, par sexes, par nationalités, par domiciles, par lieu d'hospitalisation...),

Une fois la phase d'opérationnelle terminée, le déploiement progressif de ce système pourra intervenir sur le ressort de la BSPP et de la DPJ de la Préfecture de Police, du SAMU de Paris, des SAMU de la petite couronne et de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP). ■

« Organiser l'EPP dans ma structure »

L'association Urgence Pratique Formation, organisme agréé par la Haute Autorité de la Santé pour valider l'EPP, organise les 4 et 5 septembre 2008 en région Rhône-Alpes un séminaire consacré à ce thème

Seront abordés les thèmes suivants : mise en place d'un groupe d'EPP, méthodes et projets, évaluation en EPP, les préconisations et les recommandations, l'expertise dans l'EPP.

Ce séminaire s'adresse aux responsables (de service, d'association...) chargés de mettre en place l'EPP pour les profession-

nels de santé, mais aussi aux professionnels de santé souhaitant constituer un groupe d'EPP.

Dates : 4 et 5 septembre 2008

Lieu : à proximité de Valence

Coût du séminaire : 450 euros
Ce prix comprend : la nuit du 4

CAMPAGNE DE PROMOTION DE L'ENGAGEMENT SAPEUR-POMPIER 2008**Toutes les 10 secondes**

C'est à ce rythme que nous portons secours aux victimes, de jour comme de nuit, le deux tons tonitruant. Soit 7 interventions sur 10 qui concernent au moins une personne en détresse, contre seulement 1 sur 10 pour l'incendie. Et pourtant, on continue à nous appeler « soldats du feu »...

Toutes les 10 secondes, c'est donc le titre de la campagne nationale de promotion de l'Engagement lancée par les Sapeurs-Pompiers de France à l'occasion de leur Journée nationale (samedi 14 juin).

L'objectif : mieux faire connaître, à travers ce qui fait notre quotidien et qui est notre mission première, le secours à personnes, pour susciter des vocations et fidéliser les effectifs.

Quelques chiffres

3.966.914 interventions (1 intervention toutes les 8 secondes) réparties comme suit : 62% Secours à victimes, 8% Accidents de circulation (soit 70% de secours à personnes : 1 toutes les 10 secondes), 8% Incendies, 6% Protection des biens, 13% Opérations diverses, 3% Aide à la personne.

250 000 Sapeurs-Pompiers dont : 199 350 volontaires (80%) 38 650 professionnels (fonctionnaires des collectivités territoriales). Parmi eux, plus de 11.000 sont membres du Service de Santé et de Secours Médical (médecins, infirmiers...), la plupart volontaires.

La campagne

Elle prendra la forme de deux films publicitaires décrivant des scènes de la vie quotidienne dix secondes avant que l'accident survienne ; des bandeaux internet diffusés sur les sites de grandes entreprises partenaires, des marquages au sol dans des lieux publics ; de multiples actions locales menées par les Sapeurs-Pompiers dans les départements ; et un site dédié à la campagne. ■

Le risque cardio vasculaire chez les Sapeurs-Pompiers



Une réflexion sur le risque cardiovasculaire chez les sapeurs-pompiers a été menée lors de la 4^{ème} édition des journées d'information santé travail, organisée par l'ENSOSP-MNSP-SFMSAP, le 31 janvier dernier au Val de Grâce. Pour ceux qui n'auraient pas eu l'occasion d'assister à cette journée de réflexion, nous vous proposons un aperçu de quelques interventions.

Pathologies et risques cardio-vasculaires du sapeur-pompier

Revue de la littérature
Médecin Capitaine Philippe HACHE,
SDIS de Seine et Marne

Données nationales SP :

- Selon la CDC, de 1998 à 2007, 28 indemnités ont été versées suite à des pathologies cardiovasculaires, dont 21 coronaropathies.
- Selon la DDSC, plus de 25% des décès en service sont dus à des accidents cardiovasculaires.

L'apparition de maladies cardiovasculaires chez les sapeurs-pompiers relève de deux types de facteurs de risque :

les facteurs de risques personnels : ce sont les facteurs classiques, âge, tabagisme, antécédents familiaux, HTA, dyslipidémie.

les facteurs de risques professionnels : la littérature anglo-saxonne montre que plusieurs circonstances sont responsables de décès par IDM : départ en intervention, extinction d'un incendie, retour d'intervention, exercice physique (en l'absence de politique de maintien de la condition physique), absence de protection respiratoire (monoxyde de carbone, particules fines et ultra-fines que l'on peut également rencontrer dans les feux de forêts). Un autre facteur important est un suivi médical professionnel insuffisant.

En raison notamment d'un manque de richesse de littérature française sur le risque cardiovasculaire et d'une absence totale de publication sur l'AVC, la mise en place d'études françaises sur ce sujet constitue l'une des premières nécessités. D'autre part, des actions de prévention doivent être menées pour réduire les facteurs personnels et professionnels d'apparition de maladies cardiovasculaires. Le suivi médical doit être renforcé et le maintien de la condition physique doit être



© E. Danteville.

prévu. Une réflexion doit également être menée sur la reprise de l'activité d'un SP à la suite d'une pathologie cardiovasculaire. ■

Tissu adipeux viscéral, troubles du métabolisme glucidiques et lipidiques et maladies cardiovasculaires

Médecin Capitaine Karim LACHGAR, Médecin Hors classe sandrine DURANTON, Médecin Florence TROISVALLETS, Infirmier Régis LE DÛS – SSSM 95

La mesure du périmètre abdominal permet de dépister l'excès de tissu adipeux viscéral qui favorise l'insulinorésistance, modifie le métabolisme glucidique, lipidique et favorise l'athérogenèse. Ainsi, le périmètre abdominal permet une nouvelle approche dans la prise en charge du risque cardiovasculaire et métabolique.

• *Intérêt de la mesure du périmètre abdominal (PA) :*

la mesure du périmètre abdominal est simple et peu coûteuse. Technique pour mesurer ce périmètre abdominal: le patient doit être debout et en expiration douce, la mesure doit être prise entre la dernière côte flottante et la partie supérieure de la crête iliaque le PA constitue un facteur d'alerte du risque cardiovasculaire le PA permet une prise en charge en amont, ce qui diminue l'apparition de complications menant à l'incapacité et/ou au décès il est possible de faire une prévention en amont, donc le coefficient

multiplicateur du risque est moins important

- *Le périmètre abdominal doit donc :* faire partie intégrante de la visite médicale d'aptitude dans un cadre de prévention, faire rechercher les facteurs de risques associés et avoir pour suite un programme de suivi par courte durée d'aptitude (3 à 6 mois) : motivation, adhésion, meilleur hygiène de vie, suivi diététique. ■

Étude du risque coronarien chez les sapeurs-pompiers des Hautes-Pyrénées

Médecin 1^{ère} classe Isabelle JOLY-CORNILLON – SDIS 65

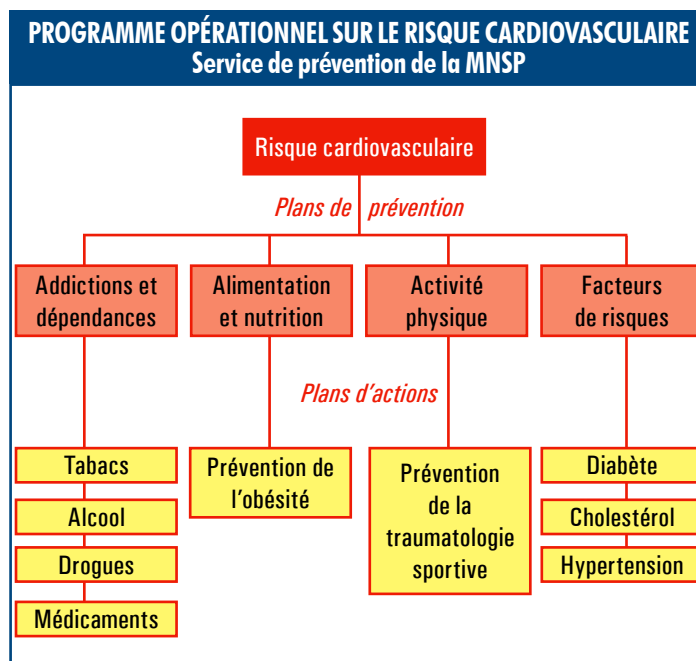
L'étude sur la prévalence des principaux facteurs de risque coronarien chez les sapeurs-pompiers du SDIS 65 menée en automne 2005 confirme que cette population présente un risque personnel élevé de maladie coronarienne. A ces risques personnels s'ajoutent les risques professionnels liés aux contraintes physiques et physiologiques en cours d'intervention dues aux actions menées, aux équipements de protection individuelle, à la chaleur, à la fatigue, au stress. La mise en place d'une politique de santé publique visant à diminuer les facteurs de risque évitables paraît donc indispensable. Une autre démarche pourrait être d'offrir des conseils personnalisés aux sapeurs-pompiers tels qu'une consultation de tabacologue ou la rencontre avec un nutritionniste. ■

La MNSP face au risque cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en France : 1 personne sur 3 en meurt, ce qui représente 180 000 décès annuels. Au-delà de la mortalité, les accidents cardiovasculaires constituent la première cause de handicap et la seconde de démence.

C'est notamment pour toutes ces raisons, que le service prévention des risques professionnels et promotion de la santé de la Mutuelle Nationale des Sapeurs Pompiers a prévu la mise en place d'un programme opérationnel axé sur les risques cardiovasculaires dans son plan quinquennal (2008-2012). Cette priorité 2008-2009 sera développée en plusieurs plans de prévention, eux-mêmes déclinés en plans d'action. Le schéma ci-dessous vous présente quelques-unes des propositions de ces différents plans.

La santé de notre cœur dépend de plusieurs facteurs qui combinés entre eux favorisent l'apparition de ces maladies. Bien que certains facteurs soient non modifiables tels que l'âge, le sexe, les antécédents personnels et familiaux, il est toujours possible de diminuer le risque cardiovasculaire en agissant sur d'autres facteurs : le tabac, le diabète, l'hypertension artérielle, le cholestérol, les triglycérides, le surpoids, la sédentarité. La MNSP s'engage à promouvoir la prévention du risque cardiovasculaire par la mise en place d'actions sur chacun de ces facteurs de risques.



A travers le **PASS 18** (nouveau dispositif de prévention présenté officiellement au congrès national sapeurs pompiers à Rennes, 2-4 octobre), vous pourrez solliciter le service prévention de la MNSP pour vous accompagner dans une démarche de prévention sur la thématique du risque cardiovasculaire. Il pourra s'agir de l'organisation :

- d'une action terrain,
- d'une campagne d'affichage,

- d'une sensibilisation ou d'une formation du personnel,
- d'une action de dépistage,
- etc...

Le service prévention étudiera avec attention toute demande d'accompagnement pour la mise en place d'une action visant à promouvoir la prévention du risque cardiovasculaire, première cause de mortalité en France. ■

QUELQUES CHIFFRES

1947 : date à laquelle on a réussi pour la première fois à faire repartir un cœur arrêté. *Claude Beck*
1967 : date de la première transplantation cardiaque. *Christian Barnard*, chirurgien sud-africain
Le risque cardiovasculaire, 1^{ère} cause de mortalité en France : 1 personne sur 3 en meurt
130 000 : nombre d'Accident Vasculaire Cérébral chaque année en France.
120 000 : nombre d'infarctus du myocarde chaque année en France.
4 décès cardiovasculaires sur 10 sont dus au tabagisme.

QUELQUES LIENS VERS DES SITES SPÉCIALISÉS

www.fedecardio.com : fédération française de cardiologie
www.nsfa.asso.fr : société française d'athérosclérose
www.prevention-cardio.com

MANIFESTATIONS

14/05/08 : Journée mondiale contre l'hypertension
25/09/08 : Journée mondiale du cœur
1^{ère} semaine d'octobre : semaine de cardiologie
14 novembre : Journée mondiale du diabète



En bref

Secours Santé 2008


La MNSP et son service prévention des risques professionnels et promotion de la santé étaient présents à Secours Santé 2008, qui s'est déroulé à Evian du 15 au 17 mai. Lors de ces journées scientifiques européennes du service médical des sapeurs pompiers, le service prévention a annoncé le lancement officiel de son nouveau dispositif PASS 18 « Protéger sa santé, Alerter, et Secourir en toute Sécurité » au congrès national sapeurs pompiers à Rennes, du 2 au 4 octobre 2008. Cette nouveauté a suscité un intérêt tout particulier de la part des personnes en charge de la santé et la sécurité au travail des sapeurs-pompiers. ■



RENDEZ-VOUS AU CONGRÈS DU 2 au 4 OCTOBRE



LE PREMIER MOTEUR BOXER DIESEL AU MONDE EST CHEZ SUBARU



**SYMMETRICAL
AWD**

Subaru le créateur
et spécialiste mondial
de la transmission
intégrale symétrique



Moins de vibrations qu'un diesel traditionnel et plus de silence. Une expérience unique à découvrir aujourd'hui sur votre Outback. Moteur 4 cylindres à plat 2.0 Boxer Diesel, turbocompressé, 150 ch.

Montant de l'éco-pastille : 0 € de malus

Outback Boxer Diesel Club** 37 700 € TTC

Financement Subaru sur mesure, renseignez-vous chez votre concessionnaire agréé.

** Sièges électriques en cuir, toit ouvrant électrique, système de navigation GPS, entrée sans clefs et démarrage par bouton poussoir, et de nombreux autres équipements de série.

Selon directive 1999/94/CE : consommation : 5,8 l / 100 km - émissions de CO₂ : 153 g/km (sur parcours mixte).

www.subaru.fr



Une Edition Urgence Pratique Publications



POSTERS

Une première et un succès.

Le Comité Scientifique avait décidé d'innover en acceptant une exposition de posters. Une trentaine de propositions ont été reçues. Tous étaient de qualité, mais le manque de place obligea le Comité à choisir ceux qui correspondaient le plus à l'actualité médicale. Au final, 14 posters furent acceptés. Un concours devait ensuite primer les plus pertinents. Le jury a planché près de deux heures écoutant les auteurs et évaluant la qualité du travail. L'unanimité s'est faite pour accorder le Premier Prix à Chochois, Cordeau et Baptiste pour « Impact du niveau sonore lié au deux tons dans les VSAV : Etude au SDIS 74 ». Les accessits

furent accordés à Perato-Labartette, Badana, Duranton pour « Elaboration d'une fiche d'évènement indésirable : Expérience menée par la PUI du Val d'Oise », et Audfray pour « Le plan santé au travail du SDIS 79, en collaboration avec l'ENSOSP ». Le principe même de la reconduction d'une exposition de Poster est retenu pour toutes les manifestations du 3SM. En complément des communications orales, ce travail donne un reflet particulier et dynamique du travail du Service Santé.



Secours Santé 2008

15 au 17 mai 2008, Evian

Les Journées Scientifiques du 3SM ont rassemblé environ 1000 médecins, infirmiers, pharmaciens et vétérinaires Sapeurs-Pompiers, soit 10% des effectifs totaux du 3SM. Belle performance !



Dans le département de Haute Savoie, nous n'attendions pas moins qu'une brillante démonstration de secours en milieu périlleux ! Ou de l'art médical exercé avec rigueur quelles que soient les conditions.



Un maire et un préfet ravis d'être parmi nous.



Révision « live » sur le stand de l'ENSOSP.



Et cela peut remplacer mes pompiers ?



Un stand fédéral animé.



Des ateliers ACLS dynamiques (comme d'habitude), avec le Maître des RCP, Joël Fabbri.



C'était un garçon.



C'est vrai. Pour être médecin chef, il faut être beau



L'association des infirmiers a vu passer beaucoup de monde sur son stand. Ils vous donnent rendez-vous à Clermont Ferrand les 17 et 18 octobre.



C'est qui celui là ?



DES MÉDICAMENTS EN LIBRE SERVICE

Le prix de 226 médicaments devrait diminuer au mois de mai prochain suite à leur mise en libre service. Les laboratoires, qui bénéficieront de véritables vitrines commerciales, mettront en concurrence des produits actuellement disponibles sans ordonnance et destinés à des maladies bénignes (maux de tête ou de gorge, diarrhées...). Cette décision, qui fait suite à une initiative de la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, devrait permettre de développer l'automédication et de diminuer les frais induits par les consultations médicales immotivées.

NOTEZ VOTRE MÉDECIN

Vous pouvez désormais évaluer les qualités, l'efficacité ou la fiabilité de votre médecin en ligne ! Après la notation des profs par leurs élèves qui fait scandale sur le Net, le site www.demédica.com donne aux patients la possibilité de noter leur praticien. Le site permet notamment de mentionner d'éventuelles fautes professionnelles. Un service douteux qui pose certainement plus de problèmes qu'il n'en résout.

LOBBY DU SEL

Pierre Meneton, le chercheur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) attaqué en diffamation par le Comité des salines de France, a été relaxé par le tribunal correctionnel de Paris. Il était poursuivi pour les avoir accusés de minimiser les risques de l'excès de sel sur la santé. L'Association française des diabétiques se réjouit de cette décision qu'elle qualifie de « jugement essentiel qui reconnaît le rôle de désinformation des lobbys dans ce secteur ».

En marge du congrès Secours Santé 2008

Formations ACLS et PHTLS à Evian



Après un essai fort concluant aux Journées du 3SM de Nantes, l'habitude est désormais prise de faire précéder nos rencontres scientifiques de cours professionnels vali-

dant. C'est ce que nous avons renouvelé cette année à Evian à l'occasion de Secours Santé 2008. Deux groupes ont donc planché sur l'ACLS, sous la hou-

lette de Joël Fabri, l'icône des affiches 3SM, et sur le PHTLS avec l'équipe de Francis Levy. Réservez vos places pour Limoges en septembre 2009 ! ■

Colloque APS et management

ENSOSP (Aix les Milles), 25 et 26 mars 2008

Médecin Cdt Philippe PAULIN - SDIS 25

Un premier et très intéressant colloque s'est tenu Le 25 et 26 mars derniers à l'ENSOSP sur un sujet d'actualité dans les SDIS : les Activités Physiques et Sportives (APS).

Directeurs départementaux, responsables hygiène et sécurité, responsables des APS et membres du 3SM de nombreux départements ont échangé leurs expériences, accompagnées d'exposés d'experts.

LA PROBLÉMATIQUE

Une première demi-journée a permis de poser la problématique. Le Pr Bui-Xuan, universitaire et président de l'association pour la recherche en APS, a développé l'approche conceptuelle des APS permettant l'évolution des personnes, des activités, des organisations et des institutions.

Le Colonel Blais (DDSC) confirme la proportion croissante des APS dans l'accidentologie des sapeurs-pompiers, près de 46% des accidents en service. Il décrit la volonté nationale mise en place en 2007 au travers de plans pour

les APS car ces dernières touchent au cœur de métier, développent un esprit de cohésion et sont un élément de fiabilité du service.

Une analyse des accidents liés aux APS conduite dans 9 SDIS de mai 2006 à juin 2007 par le Médecin Colonel Audray (SDIS 79) et Patrice Runcoat (université de Bordeaux) affirme l'étroite collaboration qui doit animer le médecin chef, le directeur départemental et la filière sportive dans chaque département.

Le Cne Racoua (SDIS78) évoque l'évolution future des APS, où les « tests d'aptitude » deviennent dans le nouveau texte réglementaire à paraître les « indicateurs de la condition physique ». Ils s'inscrivent dans une démarche de santé au travail et sont un outil de management, réalisant un projet d'accompagnement des agents sur le moyen et le long terme.

RETOURS D'EXPÉRIENCES

La seconde demi-journée a confronté les expériences et approches de SDIS : obligation et valorisation professionnelle des APS dans le SDIS 42, projet d'autonomie et de coresponsabilité service/agents, l'organisation présentée comme un moyen de parvenir au développement de l'individu dans le SDIS 71, encadrement et tests d'aptitude (avec création de seuils selon les résultats) associés à une comparaison dépenses/recettes des éléments du projet APS dans le SDIS 79.

Une approche étrangère (Québec), est présentée par son directeur, M.Tremblay. Deux étapes composent la détermination de l'aptitude : la première, test de pré embauche, est un test d'aptitude appréciant les paramètres physiques, techniques et psychologiques des candidats, la seconde est un véritable processus de suivi et d'entraînement physique appliqué sur la base du volontariat.

Le colloque s'est terminé par un débat dont les conclusions positionnent les APS comme un levier de la santé au travail, impliquant autant l'employeur que l'agent. Au travers de l'interrogation « pourquoi faire, quel est le sens ? », une approche transversale du sujet devient envisageable, socle d'une efficacité pour la santé durable des sapeurs-pompiers. ■

Accidents de chasse

L'essentiel de ce que vous devez retenir

Jean DION - Urgentologue - Professeur agrégé de clinique - Université Laval, Québec

Un rapport d'enquête sur les accidents de chasse réalisé par l'Office National de la Chasse et de la Faune Sauvage (ONCFS) rapporte que, durant l'année 2002-2003, 36 accidents ont été répertoriés dans la région du Sud de la France. De ce nombre, 10 chasseurs sont décédés, 14 ont été blessés gravement et 12 autres ont souffert de blessures légères.

Lorsque le projectile pénètre les tissus, il transmet l'énergie qu'il a acquise aux tissus avoisinants en provoquant deux types de cavitation. La cavité permanente correspond à la perte de tissu sur le trajet du projectile et la cavité temporaire représente le déplacement provisoire des tissus engendré par la dispersion de l'énergie provenant du projectile. Cette cavité temporaire explique les lésions que l'on peut retrouver au-delà de la trajectoire de la balle.



LES GRANDS PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

Le traitement initial des patients qui souffrent de blessures par arme à feu consiste à corriger les problèmes d'oxygénation et de ventilation et à maintenir une perfusion tissulaire adéquate.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Selon la région corporelle atteinte et la gravité de la blessure, on procédera à diverses manœuvres de réanimation.

On devra recourir à une intubation si le patient présente une obstruction des voies respiratoires ou une hypoxémie sévère malgré un supplément en oxygène.

On procédera à la mise en place d'un drain thoracique si un pneumothorax ou un hémithorax sont suspectés.

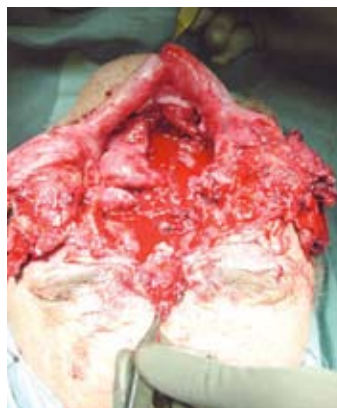
Le choc hypovolémique sera abordé de manière conventionnelle tout en se rappelant que les traumatismes pénétrants thoraciques peuvent provoquer un choc obstructif par tamponnade cardiaque ou par développement d'un pneumothorax sous tension. En face d'une telle situation, il faudrait procéder rapidement à une ponction pleurale ou péricardique.

QUE FAIRE DEVANT DES LÉSIONS SPÉCIFIQUES ?

- Atteintes craniocérébrales :

Dans cette situation, les chances de survie s'établissent à partir de l'état de conscience sur les lieux de l'accident, ainsi que de la distance parcourue par le projectile dans la substance cérébrale. On minimisera le développement des lésions secondaires en maintenant une oxygénation et une perfusion cérébrale maximales. En présence de signes d'hypertension intracrânienne, on appliquera les manœuvres de réanimation cérébrale habituelles.

- **Atteintes maxillo-faciales :** Elles sont parfois très impressionnantes. L'intubation de la trachée doit néanmoins toujours être tentée de façon conventionnelle, tout en pré-



voyant une stratégie d'intubation alternative.

- Lésions pénétrantes du cou :

Outre le traitement spécifique des plaies pénétrantes, il faut envisager que le patient présente une fracture de la colonne cervicale. On doit soupçonner la présence d'une telle lésion si le patient présente des signes neurologiques ou si l'histoire rapporte la possibilité d'une chute d'une hauteur significative : immobiliser alors la colonne cervicale en position neutre.

- **Lésions thoraciques :** Outre le pneumothorax et le choc hypovolémique, que l'on rencontre fréquemment dans les traumatismes pénétrants du thorax et du cœur, il faut envisager que le patient présente un choc obstructif par tamponnade cardiaque ou par pneumothorax sous tension.

- **Traumatismes abdominaux :** Initialement, les traumatismes abdominaux ne constituent pas un grand défi sur le plan thérapeutique. On doit identifier rapidement le choc hypovolémique et, en présence d'une atteinte hémodynamique ou de signes d'irritation péritonéale, le patient doit être dirigé rapidement en salle d'opération.

- **Traumatismes pénétrants des extrémités :** Il faut toujours sus-

pecter une atteinte vasculaire et neurologique chez un patient souffrant d'un traumatisme pénétrant par arme à feu au niveau des extrémités. Une compression du site de saignement et une immobilisation adéquate permettent de minimiser les lésions neurovasculaires.

AU TOTAL

Le traitement initial des patients souffrant d'une lésion pénétrante par arme à feu est identique à toutes autres formes de traumatisme. La seule différence significative demeure la possibilité que la victime présente un choc obstructif lorsque le projectile atteint la région thoracique. Dans cette situation, il faut que le clinicien procède rapidement à une péricardocentèse ou à une ponction pleurale, afin de lever l'obstruction et de rétablir rapidement une circulation sanguine optimale. ■

BIBLIOGRAPHIE

- Gunshot Wound Review : M. Fackler , Annals of Emergency Medicine 28 :2, August 1996
- Neurologic measures : Level of consciousness and Glasgow Coma Scale. Part 2: Prognosis in penetrating brain injury. J Trauma 2001; 51(2 Suppl) : S 64.
- Guidelines for the management of penetrating brain injury. J Trauma 2001; 51(2 Suppl):S34.
- Chestnut RM: Implications of the guidelines for the management of severe head injury for the practicing neurosurgeon. Surg Neurol 1998; 50:187.
- Mandavia DP, et al : Emergency airway management in penetrating neck injury. Ann Emerg Med 2000; 35:221.
- Biffi WL, et al : Selective management of penetrating neck trauma based on cervical level of injury. Am J Surg 1997; 174:678.
- Meyer DM, et al : Use of echocardiography to detect occult cardiac injury after penetrating thoracic trauma: A prospective study. J Trauma 39:902, 1995
- Chiu WC, et al : Determining the need for laparotomy in penetrating torso trauma: A prospective study with triple-contrast abdominopelvic computed tomography. J Trauma 51:860, 201

LES JEUDIS DE L'URGENCE 2008



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 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.

FORMATION RISQUES NRBC 1 et 2 juillet 2008

Centre de formation de Gurcy-le-Châtel (77 570)
Les menaces de nature NRBC font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics. Le Haut comité français pour la défense civile (HCFDC) organise en partenariat avec l'ENSOSP (Ecole Nationale Supérieure des Officiers Sapeurs-Pompiers) des stages de sensibilisation aux menaces NRBC.

Plus d'informations :

Informations utiles et tarifs à cette adresse : https://www.hcfdc.org/securise/pdf/formation/prog_tarif_stage_nrbc2k8.pdf
bulletin d'inscription à cette adresse : https://www.hcfdc.org/securise/pdf/formation/bulletin_stage_nrbc2k8.pdf

Contacts :

Email : hcfdc@hcfdc.org
Site web : <http://www.hcfdc.org>

JOURNÉE DES CLUBS 50^{ÈME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SFAR

Palais des congrès - Salle 243
Porte Maillot - Paris
Mercredi 24 septembre 2008

Opérations extérieures

Modérateurs : Georges Mion (HIA Val-de-Grâce, Paris), Marc Puidupin (HIA Desgenettes, Lyon).

Médecine d'armée et formation

Modérateurs : Bruno Debien (HIA Percy, Clamart), Jean-Pierre Carpentier (DDSC, Asnières-sur-seine).

Informations : www.carum.org

L'intervention du n°

Tu me fends le cœur...

Akim Mag

L'autoroute du sud se caractérise parfois par son flot de migrants folkloriques et sympathiques. Ils affichent souvent un mépris profond pour les règles de sécurité routière, surtout lors des déplacements nocturnes.



PRINCES DU DESERT CONTRE FIERS IBÈRES

En cette fin d'été, de fiers descendants de princes du désert, présentement ouvriers spécialisés d'une entreprise du nord en voie de rachat par des indo asiatiques, tentent de rejoindre leur village du Maghreb à bord d'une camionnette chargée par-dessus les ridelles de trésors amassés au cours d'une année de labeur. Leur allure est plutôt lente et imprécise, et leur éclairage fut jadis fonctionnel. Arrive derrière eux un car de fiers Ibères, flambant neuf donc rapide. L'Hidalgo est pressé de rentrer chez lui. Il est 2 heures du matin, et l'autoroute est déserte... croit-il. Il ne se rend compte de son erreur que lorsqu'il percute l'arrière du coursier maghrébin, qui éparille immédiatement son chargement hétéroclite sur la route.

ACCIDENT DE BUS SUR L'AUTOROUTE

Immédiatement tous les plans fichés dans les tiroirs des Préfectures, Codis et Samu sont déclenchés, et les secours vont

rapidement monter en puissance comme il est dit dans les bons cours de médecine de catastrophe. En fait de victimes, seules trois personnes sont blessées, toutes dans le car. Deux passagers sont rapidement pris en charge, et conduits à l'hôpital le plus proche pour subir les radiographies adéquates. Le chauffeur du car, lui, pose problème. Il est incarcéré, et a hérité d'un des montants des ridelles de la camionnette qui est fichée dans son thorax en latéro-sternal gauche. Il est conscient, n'est pas très algique, et ses constantes sont satisfaisantes.

UNE DÉSINCARCÉRATION COMPLEXE

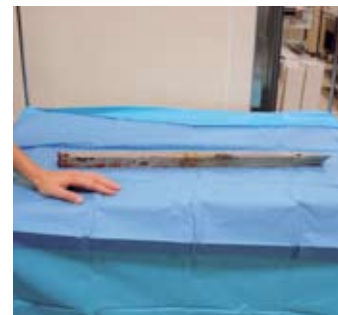
Techniquement, une désincarcération classique s'avère tout à fait impossible. Si une voie veineuse a pu être mise en place, aucun accès correct à la tête n'est possible. Les sapeurs-pompiers vont donc méticuleusement démonter toute la partie antérieure du car qui enserre le chauffeur, puis couper la barre métallique à 20 cm de son thorax, après avis conjoints du

médecin chef des sapeurs-pompiers et de son confrère du Samu (bel exemple de collégialité).

UN « HARPON » DANS LE THORAX

Il s'avère que la barre, qui traverse tout le thorax, est fichée dans le siège. La question classique est : faut-il l'enlever ? Les deux praticiens jugent sagement que non. L'ibère sera intubé en « vigile » (avec élégance, grâce à la dextérité du médecin chef anesthésiste réanimateur) par voie nasale. Le patient sera ensuite conduit au service de chirurgie thoracique de Marseille par la voie des airs.

La prudence des médecins lui aura sauvé la vie, au vu du compte rendu opératoire ! Lisez plutôt : « La barre en fer qui repose sur le toit de l'artère pulmonaire a totalement arraché le médiastin supérieur et s'est impactée à la face postérieure du thorax en étant transfixiante. A cet endroit, elle repose sur le segment de l'aorte thoracique descendante. Il faut noter que le choc a provoqué un éclatement distal de la barre en fer et celle-ci se termine comme un harpon. Nous décidons donc à l'aide d'une grosse pince de replier vers l'intérieur l'ensemble des structures métalliques de cette barre afin d'éviter un arrachage de structures vitales lors du retrait de celle-ci. Nous notons que les feuillets péri-artériels sont laminés. Lors de la libération de la barre, par rapport au toit de l'artère pulmonaire, l'artère pulmonaire a commencé à saigner avec une brèche de plus ou moins 7 mm de diamètre ».



UNE DÉCISION À MÉDITER

Il apparaît donc clairement à la lecture de ce qui précède qu'un retrait de la barre sur le bord de la route n'aurait laissé au chauffeur du bus que quelques instants de survie. Comme quoi la prudence a souvent du bon... ■



MISSION SÉISME CHINE

La DDSC, à la demande du gouvernement français, et en coordination parfaite avec les autorités chinoise a envoyé le 31 mai une équipe médicale de renfort sur site. Le détachement était composé de 10 personnels médicaux, 4 médecins SP, 3 infirmiers SP, 3 auxiliaires sanitaires et 3 logisticiens, placés sous le commandement du Colonel Pierre De Villeneuve. Le site de travail se situait à l'hôpital central de Guongyan, ville de 3 millions d'habitants se trouvant à 300 km au nord de Chengdu, capitale du Sischuan. Sitôt arrivée l'équipe a assuré une permanence de soins H24 à l'accueil des urgences, relayant des médecins chinois épuisés. Les relations furent immédiatement chaleureuses. La disponibilité du détachement, la qualité des soins effectués, l'adaptabilité aux conditions de travail locales, l'esprit « french doctors » perdurant quelles que soient les institutions engagées, firent de cette mission un succès apprécié par les patients et les autorités de la Région.

La Rédaction

La photo du N°

Aspirateur de mucosité Quickdraw®

Nouveau et pratique

Parmi les matériels que l'intervenant préhospitalier aime avoir à portée de main, l'aspirateur de mucosités occupe une place de choix.

Le dégagement des voies aériennes supérieures est une priorité. Le problème qui se pose en dehors des salles d'urgence est que l'on ne dispose que de dispositifs manuels peu efficaces, ou d'aspirateurs autonomes puissants mais encombrants et lourds. Le Quickdraw® est petit et léger. Remplit-il sa fonction ?

PRÉSENTATION

L'appareil est compact : 27 x 11 x 11 cm, hors bocal. Il peut être facilement rangé dans un sac. Son poids n'excède pas 1.2 kg. Il est composé d'un corps contenant le moteur et la batterie et d'un bocal muni d'une canule d'aspiration fixe. L'appareil est doté d'un contact « marche-arrêt » et de témoins de charge de batterie. Le bocal se positionne très facilement et a une contenance de 300 ml.



AUTONOMIE ET MISE EN ACTION

La batterie plomb acide, livrée avec l'appareil, permet 30 minutes d'aspiration à pleine puissance. Elle se recharge totalement en 3 heures, à partir d'une prise murale ou du courant d'un véhicule. Il est possible de commander l'aspirateur avec une batterie jetable,

qui a une autonomie de 3 heures et une durée de vie de 2 ans. La puissance de l'aspiration est réglable de -125 à -500 mmHg, de façon distale. La prise en main est aisée, le Quickdraw® étant le prolongement du bras de l'opérateur. La dépression est vraiment puissante et efficace. Il aspire 200 ml en moins de 2 secondes !

A L'USAGE

Un appareil facile à emporter avec soi, et qui peut se glisser facilement dans un sac. Les secouristes en milieu périlleux apprécieront. Sa compacité permet d'accéder aux patients, même en situation d'incarcération.

La taille du bocal est largement suffisante pour dégager des voies aériennes. Elle sera juste pour vider un estomac, demandant alors un changement de bocal. Nous l'avons personnellement amélioré en connectant une sonde d'aspiration souple sur le bec du bocal. Cela permet une aspiration encore plus adaptée à certaines situations.

NOUS AVONS APPRÉCIÉ

La tenue en main, la compacité et la puissance de ce dispositif à la fois simple pratique et robuste sont dignes d'intérêt. ■

Prix : 520 € avec sa batterie. Les bocaux jetables devraient être disponibles autour de 10 €. Commercialisé par : **Silvert Médical** www.silvertmedical.com

Le pour VOUS

COUP DE CHAPEAU

Notre confrère *Soldats du Feu Magazine* a mis en vente en kiosque, depuis le 16 mai dernier, un numéro hors série fort bien conçu et fort complet consacré au « secours à victimes ».

Nous avons particulièrement apprécié le souci d'exhaustivité de la rédaction qui a su donner la parole à tous les intervenants de terrain (rouges, blancs, associations...) et qui n'a pas cherché à éviter les sujets sensibles (responsabilité juridique de l'intervenant, infirmiers protocolisés...). Nous vous recommandons la lecture de cette publication qui dresse un état des lieux très complet de la situation sans jamais tomber dans le corporatisme. Bravo !



Le Hors série «secours à victimes» de Soldats du Feu Magazine est disponible en kiosque au prix de 8,50 euros.

Une avancée dans la protection des patients à risque cardiovasculaire

Le 57^{ème} Congrès de l'American College of Cardiology a été l'occasion de dévoiler les résultats de l'étude ONTARGET® (ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial). Cette étude démontre que le telmisartan, commercialisé sous le nom de Micardis®, est aussi protecteur que le médicament référent, le ramipril, dans la réduction de survenue des événements cardiovasculaires (décès d'origine cardiaque, infarctus du myocarde, AVC, insuffisance cardiaque) chez les patients à risque. Ce travail, publié dans le *New England Journal of Medicine* ⁽¹⁾ souligne, par ailleurs, l'avantage du telmisartan, sur le plan de la tolérance au traitement. ONTARGET a inclus 25 620 patients, tous classés à

risque car présentant un diabète avec atteinte des organes cibles, et/ou une artérite, et/ou ayant présenté un épisode d'AVC ou d'IDM dans leurs antécédents. Certains de ces patients étaient, de fait, traités pour hypercholestérolémie, ou recevaient des antiagrégants plaquettaires, des bêta-bloqueurs ou des anti-hypertenseurs. Cette étude, randomisée et à double aveugle, s'est poursuivie 6 ans, et donne des résultats probants, et avec un recul intéressant sur l'efficacité, mais aussi la tolérance des médicaments comparés. Jusqu'à maintenant, seul le ramipril était considéré comme « cardio protecteur » de ces patients, mais comportait un certain nombre d'effets secondaires pouvant conduire à l'arrêt du traitement.

Le telmisartan fait partie des « sartans » de dernière génération. Il se distingue, dans sa classe, par des propriétés pharmacologiques particulièrement intéressantes : longue demi-vie, large volume de distribution, blocage sélectif de l'angiotensine. Il génère moins d'effets secondaires que le ramipril, comme par exemple des épisodes de toux, ou des angio-oedèmes. Le nombre de patients pouvant bénéficier d'une « cardio-protection » va donc être sensiblement accru, par l'apport d'un médicament de même efficacité que le produit référent mais de meilleure observance car plus confortable. Il faut enfin noter que le Micardis® est le seul sartan à bénéficier de preuves positives de morbi-mortalité chez les patients à risque.

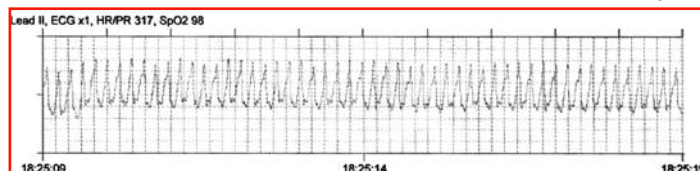
1. The ONTARGET investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Eng J Med*. Published on line 31 March 2008.

Testez vos connaissances

Akim-Mag

Un homme de 52 ans, antécédents d'asthme, appelle le 112 pour un essoufflement survenu au décours d'un footing.

Figure 1.



310 BATTEMENTS PAR MINUTE

A l'arrivée du VSAV, le patient est pâle. La gêne respiratoire est confirmée. Les constantes vitales sont dans les limites de la normale hormis un rythme cardiaque mesuré à 310 battements par minute. L'infirmier qui a rejoint le VSAV réalise un tracé ECG (figure 1).

Quel est ce rythme. Que doit-on suggérer à notre infirmier protocolé ?

Voir en page 26.



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



Nouvelles versions Web

Santé & Travail
MédiSAP
Médecine professionnelle et préventive

PharmSAP
Gestion de la P.U.I

OxySAP GemSAP
Gaz médicaux Biomédical



PharmSAP
mobile

A PROPOS

Concepteur de progiciels métiers



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

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

Les réponses et les solutions adaptées à vos exigences

**DÉLIVRANCE
SANS ORDONNANCE**

Les pharmaciens pourront bientôt délivrer « les médicaments nécessaires à la poursuite d'un traitement chronique en cas d'ordonnance expirée ». Dans un communiqué de presse, le Ministre de la Santé Roselyne Bachelot indique que « les patients pourront se procurer leurs médicaments auprès de leur pharmacien et bénéficier d'une prise en charge ». Une mesure « consentie à titre exceptionnel », qui leur permettra d'éviter une interruption de traitement. Les médicaments sont prescrits pour une durée inférieure à trois mois. Les stupéfiants sont exclus de cette mesure.

Source : Ministère de la Santé

WII-ELBOW

Une nouvelle pathologie baptisée Wii-elbow – en référence au plus connu tennis-elbow – vient de faire son apparition dans la presse médicale.

Le British Medical Journal (vol.335, n°7633) fait, en effet, référence à cette affection décrite par la très sérieuse association britannique des chiropracticiens (BCA). Comme son nom le laisse deviner, cette pathologie est consécutive à un usage immodéré et non précédé d'échauffement de la dernière console de jeu vidéo de Nintendo qui, comme beaucoup ont pu le constater, fait un tabac dans les salles de gardes de certains de nos centres de secours.

ENFIN PAS AUTOMATIQUE

L'Assurance-maladie fait le point sur le programme « Antibiotiques » lancé voici cinq ans. Elle partage la satisfaction déjà affichée par la Direction Générale de la Santé (DGS) en décembre dernier. Sur cinq ans en effet, la consommation d'antibiotiques a régressé de 23,4%, soit une baisse proche des 25% initialement espérée. Ce qui équivaut à près de 27 millions de traitements en moins, et à environ 850 millions d'euros de dépenses évitées. Une bonne nouvelle pour le fameux « trou de la sécu ».

Il avait de grands yeux bleus au regard fixe ; ce regard avait quelque chose de doux mais de pesant, une expression étrange révélant aux yeux d'un observateur averti un épileptique ».



Arts et médecine

Méd Cmd Eric TORRES - Rédacteur en Chef

Qui a écrit ces lignes, de quel personnage célèbre parlent-elles (les cinéphiles pourront s'aider de l'affiche du film réalisé en 1951 par Akira Kurosawa qui transposa l'intrigue dans le Japon d'après guerre), quelles réflexions médicales vous inspire ce passage ?

Fédor Mikhaïlovitch Dostoïevski est né à Moscou en 1823 et mort à Saint-Pétersbourg en 1881. A la fois fils de médecin et épileptique, il est particulièrement bien placé pour évoquer cette maladie au travers de l'un de ses personnages. Le héros dont il est question n'est autre que le prince Mychkine dit « l'idiot », personnage central du roman éponyme paru en feuilleton de 1868 à 1869 et publié en volume en 1874.

HÉROS ÉPILEPTIQUE

L'Idiot raconte l'histoire d'un homme profondément bon qui répand la lumière autour de lui : un prince qui découvre la société cupide et hypocrite de Saint-Pétersbourg d'un regard si candide qu'il est incapable de soupçonner la perfidie humaine. Ce héros d'inspiration christique, deviendra une figure centrale de la littérature universelle au même titre que le Don Quichotte de Cervantès ou le D'Artagnan de Dumas.

Si le prince Mychkine est l'Idiot, ce qualificatif est à décrypter avec une extrême prudence. Ce surnom malheureux n'est, en effet, pas la conséquence d'une arriération mentale mais celle des crises comitiales dont souffre le héros et qui le rendent d'après ses propres mots « presque idiot ». Sa simplicité d'esprit et sa grandeur d'âme n'en font néanmoins un idiot que pour ceux qui s'avèrent incapables de reconnaître sa bonté fondamentale. Ceux-là trouvent plus

simple de se gausser de lui que de reconnaître la présence d'une âme pure qui les dépasse et les dérange. Ce personnage parviendra néanmoins à changer le monde autour de lui en révélant la meilleure part de certains de ceux qui l'approchent.

AUTEUR ÉPILEPTIQUE

Dostoïevski était lui-même épileptique, il a donc naturellement tendance à présenter l'épilepsie comme une affection tellement présente qu'elle est susceptible de se révéler dans le regard même du patient. C'est là le sens de ce fameux « regard fixe » à l'« expression étrange révélant aux yeux d'un observateur averti un épileptique ». Bien sûr, cette observation traduit le ressenti de l'auteur mais ne correspond pour autant à la réalité, la maladie passant totalement inaperçue en dehors des crises.

Plus « étrange » encore que ce regard est la manière dont le prince Mychkine décrit son fonctionnement mental au décours des épisodes épileptiques. Dès la phase prodromique, il présente la crise non comme une suspension de l'état de conscience, mais comme un état de conscience supérieur : « Il y avait un moment précédent de très peu la crise où soudain, au milieu de la tristesse, des ténèbres de l'âme, de l'étouffement, son cerveau s'embrasait par instants, et où toutes ses forces vitales se tendaient à la fois dans un élan extraordinaire ».

**CE QUI NE NOUS TUE PAS
NOUS REND-IL PLUS FORT ?**

Le prince Mychkine fait clairement état d'une persistance de la conscience au décours de la crise : « Mes accès se succédaient trop fréquemment j'entraîs dans un état de prostration, perdant complètement la mémoire, et bien que mon esprit continuât à fonctionner, le cours logique des mes pensées s'interrompait ». De là à en conclure que Dostoïevski considérait l'épilepsie non comme une maladie mais comme un moyen d'accéder à un niveau de conscience supérieure, il n'y a qu'un pas que la médecine ne peut franchir sans arrières-pensées, mais que le bon sens - peut être influencé pas la pensée de Nietzsche (ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort) - admet depuis longtemps. Rappelons qu'outre Dostoïevski, Flaubert, Molière, Byron, Van Gogh et tant d'autres créateurs de génie étaient aussi des épileptiques.

VAN GOGH AUSSI

Comme le personnage de Dostoïevski, Vincent Van Gogh - dont le diagnostic d'épilepsie du lobe temporal est confirmée a posteriori par le grand neurologue Henri Gastaut - présentait des crises partielles complexes qu'il qualifiait lui-même de « tempête à l'intérieur ». Elles se manifestaient par l'émergence d'hallucinations, de sentiments et de souvenirs dans lesquels il est tentant de voir une source de son inspiration : rappelons que ses premières crises attestées remontent à décembre 1888 (époque à laquelle l'artiste se coupa l'oreille gauche) et qu'elles précèdent de peu l'apparition des coups de pinceau tourbillonnants et ses couleurs intenses que l'on retrouve dans des œuvres telles que Chambre à coucher à Arles (1888), Auto portrait (1889), ou dans ses études de tournesols. Comment ne pas voir dans ces tableaux de brillant exemple de ces moments où « la sensation de vie, la conscience de soi-même paraissaient décuplées dans ces moments fulgurants ».

On croirait cette dernière phrase issue de la correspondance entre Van Gogh et son frère Théo... Erreur ! Elle est prononcée par l'Idiot de Dostoïevski. ■

L'oxygène médical, le médicament de l'urgence



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



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

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

Linde Gas Therapeutics

Linde

La RCP dans le programme PSE 1 et PSE 2

Justifications médicales (première partie)

Dr Thierry FUZELLIER, Dr Gilles CAVALIER, Dr Jean MYLONAS, Dr Guillaume BOUHOURS - 3SM 49 / Dr Carole CAROLET - 3SM 41 / Dr François SABATER - 3SM 95 / Instructeur Philippe GOUERY - SDIS 44

En janvier 2005, à Dallas, trois cent quatre-vingts experts de l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), venant de dix-huit pays différents, ont présenté leurs résultats.

Les recommandations formulées par l'ILCOR ont été reprises au niveau européen par l'European Cardiovascular Care (ERC) et adaptées aux pratiques nationales. Nous reprendrons les principales modifications apportées au programme PSE en abordant leurs justifications médicales.

CHAÎNE DE SURVIE

L'ischémie cardiaque représente la première cause de décès dans le monde. Près de 60 % des arrêts cardiaques soudains auraient une origine coronarienne. Selon une étude réalisée en Écosse, les arrêts cardiaques extra hospitaliers se produisent avec une incidence annuelle de 49,5 à 66 pour 100.000 habitants.

L'arrêt cardiaque soudain représente une des principales causes de mort en Europe (700 000 victimes par an). Au moment où la première analyse du rythme cardiaque peut être effectuée, 40% des victimes d'un arrêt cardiaque soudain (mort subite), sont en FV. Il est probable que la plupart des victimes retrouvées en asystolie au moment du premier enregistrement présentaient initialement une FV ou une TV. La durée des rythmes inefficaces conditionne les chances de retour à un rythme efficace.

La qualité de la RCP est essentielle à la survie. Au cours du MCE, la durée de l'interruption des compressions doit être réduite au minimum, car leur arrêt diminue sensiblement le débit de perfusion coronaire. Plusieurs compressions thoraciques seront nécessaires pour qu'il retrouve la valeur qu'il atteignait avant l'interruption. Deux études montrent que ces interruptions se produisent fréquemment. Les formateurs peuvent améliorer le niveau de performance de la RCP par les secouristes en leur fai-

sant réduire au maximum les interruptions des compressions.

Les chances de survie sont améliorées lorsque la RCP est pratiquée par le premier témoin alors que la fibrillation ventriculaire est encore présente. Celles-ci deviennent beaucoup moins élevées lorsque la RCP survient sur une asystolie. Un plus grand nombre de victimes d'arrêt cardiaque pourrait probablement être réanimé avec succès si une RCP précoce était entreprise par le premier témoin.

ÉTAPES DE LA RCP

Les principales étapes formulées dans les recommandations sont :

1. Identification précoce de l'arrêt cardiaque et appel à l'aide.

2. RCP par le premier témoin : réalisée immédiatement, elle double ou triple les chances de survie en fournissant un débit de perfusion sanguin cérébral et cardiaque suffisant avant la mise en route des étapes suivantes.

3. RCP et première défibrillation dans un délai de 3 à 5 minutes suivant l'effondrement de la victime. Chaque minute de retard avant défibrillation réduit de 10 à 15 % la probabilité de survie.

4. Réanimation cardio-pulmonaire spécialisée : l'équipe médicale spécialisée intervient en moyenne en 8 minutes. Avant celle-ci, la survie de la victime dépend de la réalisation des trois précédentes étapes par les témoins. La réalisation systématique de cette prise en charge permettrait d'atteindre un taux de survie de l'ordre de 49 à 75 %.

QUALITÉ DE LA RCP

Chaque minute sans RCP diminue les chances de survie de 7 à 10 % par minute. Lorsque la RCP est réalisée, la probabilité de survie baisse moins, de l'ordre de 3 à



4 % par minute. Les chances de survie diminuent donc de 10 à 4 % par minute selon la prise en charge. Les victimes en arrêt cardiaque ont donc besoin d'une RCP immédiate. Les compressions thoraciques sont essentielles si un choc électrique externe ne peut pas être fourni dans les 4 ou 5 minutes. Dans les minutes qui suivent une défibrillation réussie, le rythme cardiaque peut être lent et inefficace, les compressions thoraciques peuvent alors être nécessaires en attendant la réapparition d'une fonction cardiaque efficace. Pendant la première minute suivant l'arrêt cardiaque, la saturation en oxygène du sang demeure à un niveau suffisant pour la survie. L'oxygénation cérébrale et coronarienne est plus affectée par l'arrêt du débit cardiaque que par l'absence de ventilation pulmonaire. Par voie de conséquence, dans la première minute, les compressions thoraciques sont plus importantes que la ventilation artificielle. De plus, certains témoins sont assez réticents à réaliser les manœuvres de bouche-à-bouche ou de bouche à nez. Pour ces rai-

sons et pour privilégier la réalisation des compressions thoraciques, il est recommandé de commencer la RCP par les compressions thoraciques plutôt que par les insufflations.

RCP DE L'ENFANT

Pour l'enfant, le rythme compressions-insufflations lors de la RCP doit être de 30/2 pour un sauveteur isolé, correspondant au même algorithme que celui de l'adulte. Pour les sauveteurs qui interviennent à deux, le principe consiste à réaliser un algorithme basé sur 15/2, cette séquence ayant été validée sur des mannequins et des modèles animaux, avec une meilleure efficacité pour un rythme de 15/2 comparativement à 5/1. Le sauveteur isolé est en principe moins expérimenté qu'une équipe de sauveteurs, par ailleurs, il lui est plus difficile de réaliser seul la transition entre ventilation et compression (perte de temps, diminution de l'efficacité des compressions).

L'arrêt cardiaque chez l'enfant est le plus souvent secondaire à une hypoxie (origine asphyxique), raison pour laquelle il est recommandé pour l'enfant de débiter la RCP pendant une minute avant de demander de l'aide pour le sauveteur isolé. La seule exception étant la survenue d'un arrêt cardiaque brutal dont le sauveteur est témoin. Dans cette situation précise, il est recommandé de donner l'alerte avant d'avoir commencé la RCP (forte probabilité pour que cet arrêt soit d'origine arythmique et nécessite un défibrillateur).

COMPRESSION-DÉCOMPRESSION ACTIVE

Cette technique (type « Cardiopump ») a pour conséquence, en phase de décompression, de diminuer la pression intra-thoracique en augmentant le retour veineux, le flux artériel et les pressions de perfusion coronaire et cérébrale. Si le niveau d'entraînement à l'utilisation de la Cardiopump semble apporter une différence d'efficacité entre les équipes, les résultats en matière de survie ne mettent pas en évidence de bénéfice global significatif.

A suivre...

Intérêt du transport aérien pour les traumatisés crâniens

Daniel P. Davis, et al.

J Trauma. 2008 ; 64 : 889-897.

11 961 dossiers de patients, dans ce panel de traumatisés, 3.023 ont été pris en charge par hélicoptère depuis le site de l'accident, et 8.938 par voie terrestre. La difficulté d'une analyse de l'intérêt du transport aérien réside dans la difficulté de randomiser les patients, et d'effectuer des études préhospitalières contrôlées. Les auteurs ont réalisé une étude statistique et analytique, dont il ressort que le transport aérien confère un avantage de survie aux traumatisés crâniens, et, ce, d'autant que leur état initial est grave.

Accidents d'hélicoptères sanitaires en Allemagne au cours d'une période de six ans.

Jochen Hinkelbein, et al.

The Journal of Trauma.

2008; 64: 204-210.

Chaque année, les hélicoptères sanitaires effectuent, en Allemagne, 80 000 missions. Les auteurs ont analysés les accidents en mission au cours de la période 1999-2004. Au total, 44 accidents de jours ont été relevés et 2 pour des missions de nuit. Ils ont été la cause de 7 décès, 4 passagers étant gravement blessés, et 4 légèrement. Il y aurait donc un accident pour 10 000 missions, ou pour 100 000 heures de vols. Une analyse des accidents fait ressortir une prépondérance durant l'approche et le posé (44%).

Rupture du muscle pectoral par la ceinture de sécurité

Kyle Harvey, et al. The Journal of Trauma. 2008. 64. 831-833.

Un homme de 34 ans consulte dans un service de chirurgie plastique pour une déformation douloureuse du muscle pectoral droit. Dans l'interrogatoire, il est rapporté un accident de la route deux ans auparavant. Le patient était le chauffeur, et portait sa ceinture de sécurité. Il s'agit, en fait d'une rupture du muscle pectoral, passée inaperçue jusqu'à présent. Cette lésion est, habituellement, typique de certains efforts chez des athlètes jeunes.

« Donneur ou pas, je sais pour mes proches, ils savent pour moi. »

22 juin 2008 : 8^{ème} Journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe

En France, chacun a le choix de donner ou non ses organes après sa mort, pour que des malades puissent être greffés. Mais cette prise de décision est une démarche incomplète si elle n'a pas été partagée avec ses proches qui devront en témoigner auprès des médecins au moment du décès.

« Il est indispensable de parler du don d'organes en famille et d'échanger sur les choix de chacun » : ce message est au coeur de la campagne de l'Agence de la biomédecine qui sera déployée à l'occasion de la 8^{ème} Journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe, le 22 juin prochain sur l'ensemble des médias.

ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

De 2000 à 2007, la greffe d'organes a connu un essor sans précédent en France. Le nombre de personnes prélevées a augmenté de 54 %, le nombre de greffes de 45 %. Malgré cela, le besoin en greffons ne cesse de croître et la hausse de l'activité ne suffit pas à le couvrir. En 2007, 227 patients sont décédés faute de recevoir un greffon à temps. L'augmentation des besoins découle en premier lieu du succès de la greffe. Cette technique médicale est en effet de mieux en mieux maîtrisée, avec des résultats en termes de durée et de qualité de vie en constante progression. Les situations dans lesquelles une greffe est recommandée sont de plus en plus nombreuses et diversifiées. Chaque année, le nombre de personnes inscrites en liste d'attente progresse donc. Actuellement, l'attente des patients peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années selon les organes.

Pour lutter contre cette pénurie persistante, l'Agence de la biomé-

decine encourage chacun à réfléchir à la question du don d'organes, à faire son choix – je veux donner ou je ne veux pas donner après ma mort – et à le partager avec ses proches.

LES SAPEURS-POMPIERS PARTENAIRES

Les SP ont fait le choix de s'engager à aider leurs concitoyens en détresse. C'est pourquoi la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France a souhaité apporter son soutien à la Journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe. Comme le souligne le médecin-colonel Jean-Yves Bassetti, vice-président du comité exécutif de la FNSPF « l'attention portée à l'autre est une valeur inscrite dans les gènes des sapeurs-pompiers. Et le fait de côtoyer la souffrance, la mort, le deuil, le danger nous interpelle forcément un jour ou l'autre sur notre propre disparition, avec les conséquences qu'elle pourrait avoir pour notre famille, mais aussi pour tous ces malades en attente de greffe. Quand un sapeur-pompier se positionne sur le don de ses organes, c'est en quelque sorte un prolongement de son engagement au service de l'autre. Il ne faut pas oublier non plus notre contribution comme sauveteurs : en intervenant, dès les premières minutes, pour essayer de sauver des personnes ou tout du moins les maintenir en vie jusqu'au transfert à l'hô-

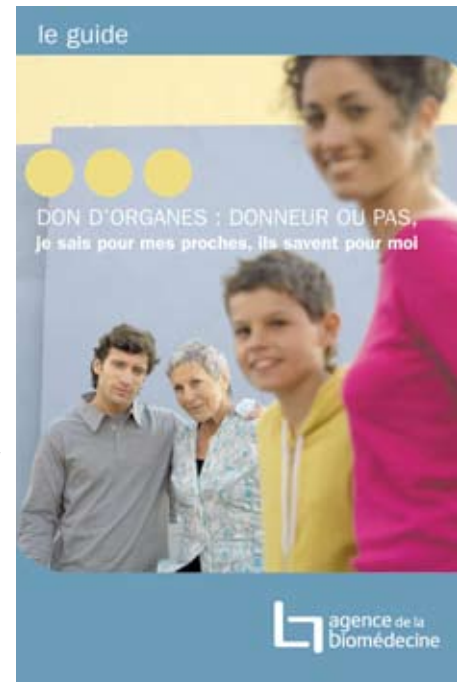
pital, nous participons à la chaîne de prélèvement et de greffe. »

QUEL PARTENARIAT ?

Le partenariat engagé par la Fédération se déploie sur trois niveaux : l'information individuelle de chaque sapeur-pompier sur le don, le prélèvement et la greffe d'organes ; l'invitation à ouvrir le dialogue avec sa famille et son entourage ; enfin, l'accompagnement des Unions départementales souhaitant organiser des actions d'information vers le grand public sur le don d'organes. En parallèle des actions engagées par la Fédération nationale, la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris proposera également publication, guides d'information et affiches pour sensibiliser les 8 000 pompiers militaires de l'Île-de-France.

Pour en savoir plus :

www.dondorganes.fr



LES CHIFFRES CLÉS DE 2007

- 1 562 donneurs prélevés,
- 32% des donneurs prélevés avaient plus de 60 ans,
- 13 081 personnes ont eu besoin d'une greffe d'organe,
- 4 666 malades ont été greffés,
- 5,4% des greffes réalisées grâce à des donneurs vivants,
- 227 malades sont décédés faute de greffe.

Urgences pédiatriques

Formation à Tulle (Corrèze) mars 2008

La Rédaction

C'est au travers du remarquable travail mené par de nombreuses associations 3SM que l'on se rend compte du dynamisme de ce grand corps que d'aucuns prétendent malade, apathique, voire incompetent.

Sous la houlette de son Président, le Dr Jean-Marc Jacob, l'association de la Corrèze a conduit le 29 mars dernier une journée de formation continue de haut niveau alternant conférences d'experts et mise en pratique des gestes destinée à son 3SM ainsi qu'à celui des départements voisins : Haute

Vienne, Creuse, Dordogne, Cantal, Puy de Dôme, Indre, Charente, Charente-Maritime.

CONFÉRENCES D'ACTUALITÉS

Cette journée dédiée aux urgences pédiatriques débutait par une première conférence de notre ami Jean Lavaud, patron du SMUR



pédiatrique de Paris et enseignant incontournable en la matière. Des malaises graves du nourrisson, à la déshydratation aiguë et au redoutable purpura fulminans, les mises au point de Jean furent précises et documentées. Le Dr Dominique Cailloce, Directeur du SAMU 87, fit un exposé sur la sédation analgésique remarquable de bon sens et entièrement tournée vers la médecine

le substitut Galois, d'aborder la question des sévices à enfants. Le Dr Anne Fargeot-Espaliat, chef de service de pédiatrie à Brive, fit un exposé sur l'asthme grave. Le Dr Dominique Ronayette, du CHU Limoges, rappela les principes de prise en charge d'un nouveau-né lors d'un accouchement inopiné.

ATELIERS PRATIQUES

L'après-midi fut consacrée à des ateliers où chacun a pu améliorer ses techniques. De la mise en place d'une perfusion intra-osseuse, à la ventilation en urgence, de la gestion d'un accouchement « hors maternité » à la prise en charge d'un état de choc, l'intérêt des participants fut tel que les pauses furent supprimées, démontrant bien la soif d'apprendre de chacun.

Cette journée souligne aussi l'intelligence qui prévaut à la grande majorité des relations « blanc-rouge », nos confrères hospitaliers n'étant pas moins ravis des échanges établis que ceux qui en bénéficiaient. Ce sont ainsi 140 médecins et infirmiers sapeurs pompiers qui ont bénéficié de cette formation continue.



Le Dr Lavaud à l'ouvrage.

Il en ressortait que « dame morphine », correctement utilisée, restait la drogue de choix. Le Dr Jean Louis Soulier, chef de service de Pédiatrie de Tulle eu la tâche, avec madame

Rencontre avec les organisateurs

Médecin Colonel François DALEGRE, médecin Chef du 19. 3SM-Mag : *Quel est l'effectif de ton service ?*

François DALEGRE : Actuellement nous sommes 2 vétérinaires, 5 pharmaciens, 26 ISP et 78 MSP. Seuls 1 médecin et 1 pharmacien sont professionnels, ce qui est encore insuffisant. Heureusement, beaucoup de médecins et infirmiers volontaires sont extrêmement dynamiques et donnent largement de leur temps.

3SM-Mag : *Pourquoi cette journée ?*

F.D. : Je ne pouvais que soutenir le souhait de l'association de vouloir développer la formation continue. Le sujet de la pédiatrie nous interpelle tous, car ces situations sont toujours délicates à appréhender. Cette journée est aussi l'occasion pour les médecins du SAMU de mieux connaître leurs confrères et les infirmiers du SDIS.

Lieutenant Colonel Cyrille BEROD. Directeur Départemental

3SM-Mag : *Les membres du 3SM ont apprécié votre présence attentive tout au long de cette journée. Elle témoigne de l'attention que vous portez à leur travail. Mais, en tant que directeur, qu'attendez-vous d'eux ?*

Cyrille BEROD : Bien sûr, je compte sur eux pour assurer le suivi médical des SP du département, mais j'ai aussi besoin d'eux pour développer un appui médical efficace en opération. Leur tâche d'acteur du Secours à Personne est incontournable, et j'allais dire naturelle. Le département a la chance de bénéficier d'un réseau assez dense de volontaires, tant médecins qu'infirmier. Directeur départemental depuis peu, j'ai découvert dans ce département un service parfaitement structuré, et par la même déjà très efficace.



Le directeur départemental et le médecin chef entourant les animateurs.

Dr Jean-Marc JACOB 3SM-Mag : *Combien de membres comporte votre association ?*

Jean-Marc JACOB : Nous sommes 50 membres actifs, mais tout le service participe aux différentes actions que nous conduisons. Et les SP non 3SM sont toujours à nos côtés : la présence de notre Directeur l'atteste.

3SM-Mag : *Pourquoi ce thème particulier aujourd'hui ?*

J-M J : J'ai le souvenir d'une intervention dramatique voici quelques années où des enfants ont péri dans un accident malgré nos soins... J'ai eu la chance de participer à un stage chez le Dr Lavaud et cela m'a définitivement

convaincu d'organiser une journée sur ce thème.

3SM-Mag : *Êtes-vous satisfait du déroulement des travaux ?*

J-M J : La présence de confrères de 9 départements démontre bien de l'intérêt du sujet choisi. Pour l'analyse finale, nous avons demandé à chacun de remplir un questionnaire de satisfaction. Nous allons les lire avec attention.

3SM-Mag : *Avez-vous d'autres projets ?*

J-M J : Nous aimerions monter, avec la collaboration d'Urgence Pratique Formation, un cours ACLS. Nous pensons l'organiser au début de l'année prochaine.



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

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

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

www.medical.philips.com

PHILIPS

sense and simplicity*



Le casque et la plume

La défibrillation fébrile.

Depuis la mise à disposition sur le marché de défibrillateurs semi-automatiques, leur emploi, dont l'utilité n'est plus à démontrer, nous a fait quelque peu oublier des principes élémentaires de bonne pratique médicale.

Le terme inéluctable de notre existence est la mort, caractérisée comme chacun sait, par un arrêt de toutes les fonctions dites vitales, dont la fonction cardiaque.

Des maladies diverses peuvent précipiter cette échéance, la rendant plus ou moins prévisible.

Des maladies cardiaques, dites mortelles, se manifestent par un arrêt cardiaque inopiné et ce sont pour celles-ci qu'a été inventé le défibrillateur semi-automatique.

Par un raccourci curieux, sans doute inspiré des mauvais films de notre chère télévision, et peut être parce que l'adjectif inopiné a été banni du dictionnaire de certains formateurs patentés, cet appareil est devenu, comme nous avons pu le lire dans une revue très sérieuse de notre ministère de tutelle « une machine à faire repartir un cœur arrêté ».

A partir de là, tout est possible : pourquoi se préoccuper de la cause médicale ou traumatique rendant inéluctable la survenue d'un arrêt cardiaque, pourquoi se torturer l'esprit à rechercher cette cause, ou pire essayer de la corriger même lorsqu'elle paraît évidente: « le DSA est là, et il est fait

pour ça. » Et nous assistons à un véritable rituel : en toutes circonstances et en tous lieux, « hors le DSA point de salut. »

Peut-être convient-il de rappeler ici les paroles de l'illustre Professeur Raymond VILAIN : « Les rituels sont les tombeaux des comportements réfléchis »

Pour rester dans cette rubrique thanatologique, je propose donc que soient équipées sans tarder toutes les morgues, principe de précaution oblige.

Sans oublier l'entrée des cimetières, non pas parce que les proches du défunt pourraient être terrassés par le chagrin, mais plutôt pour ne pas laisser passer la chance de récupérer, (cette fois pour de vrai) ... un électeur. ■

Lt Colonel
Daniel DI GIAMBATTISTA
Médecin-chef SDIS Haute-CORSE

Vivez votre asthme en mouvement

Une conférence fort intéressante s'est tenue le 21 avril, à l'initiative des Laboratoires AstraZeneca, et portant sur la relation asthme et effort physique. C'est un sujet qui concerne particulièrement les MSP, qui ont régulièrement à consulter des asthmatiques, que ce soit dans le cadre des visites d'aptitude ou dans celui du suivi médical. Bien des préjugés sont à combattre concernant cette pathologie. Une méta-analyse a permis d'évaluer l'intérêt d'un programme

d'entraînement physique (2 séances par semaine). S'il n'a pas modifié les critères spirométriques de repos, il a confirmé l'augmentation de la VO2max, permettant d'augmenter le seuil de survenue du bronchospasme, et donnant à ces patients des possibilités d'accéder à l'effort équivalentes aux patients non asthmatiques. Cette notion, associée à un meilleur suivi médicamenteux, devrait permettre de ne pas écarter certains sujets d'une activité souhaitée...et



souvent bénéfique pour eux. Un guide a été édité, en collaboration avec l'association Asthme et Allergies.

Fort bien conçu, il est possible de se le procurer par téléchargement sur le site www.astrazeneca.fr ■



17-18 octobre 2008 4^{èmes} journées nationales des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers

C'est cette année à Clermont Ferrand que l'ANISP (Association Nationale des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers) a choisi d'organiser ses Journées Nationales. Les thèmes retenus cette année concerneront plus particulièrement les soins infirmiers en SSO, la protection de l'ISP et les nouvelles technologies. Ces rencontres

se dérouleront dans le cadre de conférences, de débats et d'ateliers pratiques. 3SM-Mag ne manquera pas cet important rendez-vous. Le programme détaillé ainsi que les modalités d'inscription et les informations pratiques sont disponibles sur le site de l'association : www.infirmiersapeurpompier.com

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



PRIX : 60 € - 6 N°/an

Au sommaire du numéro 2 :

Les centres de communication santé - Masques de protection - Désinfecter l'air - 12 dérivations en préhospitalier - Premiers répondants - Aide au massage cardiaque externe...

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



Propaq[®] LT

«Votre moniteur de l'urgence»

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



WelchAllyn[®]
Advancing Frontline Care[™]

Propaq[®] LT, la référence !



SP32 PMA

Logiciel de gestion de victimes de terrain

Dr David FRAGNIÈRES. SAMU 74 / SDIS 74

SP32 PMA est un logiciel de gestion des victimes en cas de catastrophe. Il permet la saisie et la collecte d'informations sur le terrain dès les premières minutes.

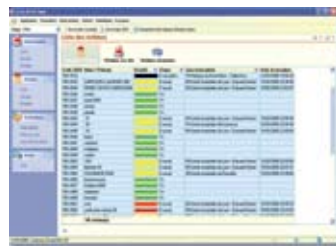
AU CONTACT DU TERRAIN

SP32 PMA a été développé en collaboration avec le 3SM du SDIS 74 et le SAMU 74. Les aspects ergonomie et souplesse du logiciel ont été soignés afin que les utilisateurs puissent rapidement le maîtriser. Il offre une assistance indispensable dès 5 victimes. Il a été validé lors d'exercices de grande ampleur et dans des configurations variées (attentat, accident, naufrage...).

SP32 PMA permet le recensement grâce à des puces d'identification par radio fréquence (RFID norme ISO 15.693). Les premiers intervenants évaluent la victime et déposent les pochettes contenant la puce RFID, avec un code couleur dépendant de la gravité du cas. Un numéro préenregistré dans la puce permet un suivi sans erreur :

- Pas de risque d'erreur ni de perte de temps dans la saisie du nom,
- Pas de doublons grâce au numéro unique de chaque puce,
- Augmentation de la rapidité d'identification de la victime sur le terrain (5 questions permettent aux secouristes de définir la gravité).
- Accélération de la mise en sécurité des victimes et de la transmission de l'information aux DSM,
- La pochette dispose d'un code couleur qui permet de reconnaître la gravité des victimes et de prioriser leurs évacuations,

- Les informations peuvent être collectées avant l'activation du PMA !



EN TEMPS REEL

Des lecteurs autonomes (ou PDA) durcis pour l'utilisation sur le terrain recueillent les informations et peuvent lire et écrire dans la puce RFID. Le médecin trieur confirme ou modifie la gravité de l'état de la victime.

Au PMA, la victime va bénéficier des soins médicaux et cette prise en charge pourra être stockée à nouveau dans la puce RFID grâce aux lecteurs portables.

Le DSM reçoit en temps réel les informations des autres secteurs (avant, tri, PMA, évacuation) sur le nombre de victimes, la gravité et la pathologie... Ce qui permet d'anticiper sur les lieux d'évacuation, le vecteur, les nécessités de médicalisation, le matériel nécessaire... Enfin, les informations (bilans, les listes de victimes) peuvent être diffusées en temps réel avec des états clairs sur la situa-

tion. La transmission des données s'effectue de manière transparente via GSM, GPRS, EDGE, 3G, satellite...

LES « PLUS » DE SP32 PMA

- Identification unique des victimes par un numéro préenregistré,
- Sécurisation des données : en cas de problème matériel (casse ou perte d'un lecteur, panne d'ordinateur, perte d'alimentation, perte de la connexion Internet.....) les puces RFID permettent d'archiver les données déjà inscrites. De plus, une sauvegarde automatique et transparente permet de redémarrer sur un ou plusieurs autres PC.

- Evite l'inconvénient papier (fiches d'intervention des différents services) qui en cas de catastrophe importante, ou d'intempéries entraîne une perte de temps voir une impossibilité de renseignement de ce type de fiches.

- Permet un tri quantitatif et qualitatif très rapide dès le temps zéro.

- Donne une vue d'ensemble de la catastrophe en temps réel au DSM, ce qui lui permet d'anticiper sur ses besoins.

- Evolution de la gravité évaluée à T0.

- Horodatage de chacune des prises en charge.

- Définition des priorités d'évacuation des victimes visibles par le coupon de couleur intégré dans la pochette.

- Grand nombre de possibilités de déploiement (matériel et logiciel) permettant de couvrir toutes les configurations envisageables (interventions simultanées sur plusieurs sites, plan rouge à grande échelle en nombre de victimes...).

- État récapitulatif des évacuations avec des données sur les vecteurs, matériels,...

- Envoi rapide (dès les premières minutes), d'un état de l'intervention par email ou par SMS à une liste de personnes (médecin régulateur, médecin chef du SAMU et du SDIS,...).

- Transmission transparente des données via WIFI, GSM, GPRS ou Satellite ...

Pour plus d'information :

Dr David FRAGNIÈRES : FragnieresD@sdis74.fr, M Christophe Meynet CS PROGRAMME sp32@csprogramme.com

Revue de PRESSE

Existe-t-il une posologie idéale de morphine pour la prise en compte des douleurs aiguës en préhospitalier ?

Vincent Bounes, et al. CHU Toulouse. AJEM (2008), 148-154.

Dans un remarquable travail randomisé, et effectué en double aveugle, les auteurs ont comparé deux posologies de morphine titrée dans la prise en charge d'une douleur aiguë en préhospitalier. Le groupe A recevait en IVD 0, 05mg/kg de morphine, puis 0, 025mg/kg chaque 5 minutes. Le groupe B recevait 0, 1mg/kg de morphine, puis 0, 05 mg/kg toutes les 5 minutes. Les scores de douleur avant et après injection étaient mesurés selon la méthode de l'échelle numérique. Au total, 106 patients ont été inclus dans l'étude. Si les patients du groupe B bénéficiaient de meilleurs scores d'analgésie (40% avec un score < 30 versus 17% dans le groupe A, à la dixième minute), les effets adverses (nausées) sont aussi plus nombreux. Les auteurs recommandent donc de faibles doses de morphine en préhospitalier, sous réserve de réinjection titrée régulière. ■

En BREF

SAMI : ÇA MARCHE

Au cours du mois de mai dernier, Roselyne Bachelot-Narquin a salué le service d'aide médicale initiale (SAMI), dont la création il y a cinq ans avait pour objectif de désengorger les urgences des hôpitaux. Le but avoué de cette structure est de faire disparaître les longues attentes aux urgences liée à la coexistence des petits bobos et des urgences vitales. Selon les termes de la ministre, le SAMI est un « modèle de coordination exemplaire » dans le cadre de l'actuelle réflexion sur la permanence des soins. Les SAMI, qui fonctionnent déjà dans une dizaine de villes en France, accueillent les patients qui ont appelé le 15, le soir entre 20 h et 24 h ou le week-end, qui ont besoin d'être pris en charge par un médecin, mais dont l'état ne justifie pas de se rendre à l'hôpital. ■

Plaisir retrouvé !

Limitations de vitesse aidant et pression écologique contraignante via des taxes éponymes, la voiture « plaisir » devient une denrée aussi rare que les connexions neuronales d'un participant à une émission de télé réalité.

Une bonne surprise nous arrive du pays du Soleil Levant, qui sait encore cultiver raison et passion sur le plan industriel. Subaru, qui fait le bonheur, depuis des décennies, des amateurs de conduite virile, nous propose une berline, quatre roues motrices, c'est quasi génétique, dotée d'une motorisation diesel permettant d'éviter les pièges des taxes vertes.

Nous avons donc essayé la LEGACY Club dotée du Boxer Diesel de 150 ch. Pour ceux qui l'ignorent les moteurs Boxer se caractérisent par des cylindres « à plat » travaillant horizontalement. Une célèbre marque allemande a prouvé sur tous les circuits du monde les qualités de robustesse de cette architec-



ture. S'y ajoute une absence de vibration et un confort d'utilisation inégalés. La conduite de cette LEGACY nous rassure dès les premiers tours de roue. La souplesse

de fonctionnement et la poussée continue et joyeuse du moteur donnent l'impression de conduire une voiture beaucoup plus puissante. La direction est d'une pré-

cision toute « chirurgicale ». Les suspensions sont souples et fermes à la fois dans un équilibre signant un remarquable travail des concepteurs. On a vite l'impression de conduire une voiture hors du commun habituel. Pour achever de nous séduire Subaru a peaufiné l'intérieur de ce qui risque bien de devenir « l'auto de ceux qui savent ». Le cuir crème est d'un chic qui n'envie en rien les meilleures factures d'outre Rhin, l'équipement est doté, de série sur cette version, de toutes les options rendant la conduite plus agréable. Le GPS est doté d'un très bel écran, facile à utiliser. La climatisation est bi-zone. Le système audio correspond à ce qui se fait de mieux. Le prix du plaisir ? Moins de 35 000€. Il n'existe tout simplement pas d'équivalent sur la planète automobile offrant pour ce prix un tel niveau de qualité tant passive qu'active allié à un tel plaisir de conduite.

Bravo les nippons !

LE POUR VOUS



MÉMO-FICHES DE SECOURISME PSC1 - SST

Anne-Marie Dekoninck, Jacqueline Gassier

Ce petit manuel, très illustré et synthétique, sous forme de fiches, propose cours et exercices pratiques pour réussir les formations secouristes : Sauveteur Secouriste du Travail (SST) et Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1). Cet ouvrage clair et pédagogique à l'iconographie de très grande qualité peut largement être recommandé à nos lecteurs et aux personnels qu'ils ont pour mission de former.

Elsevier Masson

96 pages,

Prix : 9,50 euros

Testez vos connaissances

Réponses de la page 16

Ce tracé électrocardiographique présenté dans l'énoncé de notre question montre la présence d'une tachycardie à complexes larges. En fonction de l'état clinique du patient, ce type de tachycardie peut être qualifié de "stable" ou d'"instable" (c'est bien la preuve que l'on doit toujours traiter un patient et non un tracé ECG !).

LES TACHYCARDIES INSTABLES,

Ce sont celles accompagnées d'un certain degré d'altération des fonctions vitales : le plus souvent il s'agit de troubles de la conscience ou d'une hypotension artérielle marquée. Ces troubles du rythme doivent être traités immédiatement par conversion électrique.

La conversion électrique doit se faire sur le mode synchrone, mais il est licite, en cas d'instabilité majeure, de délivrer rapidement 100 Joules. Si le patient est conscient, une sédation légère (hypnovel : 0.05 mg/Kg IV) rend le traitement plus confortable.

LES TACHYCARDIES STABLES

Elles font appel à un traitement médicamenteux qui ralentira le rythme cardiaque. Le traitement de choix est la Cordarone®, puis la Lidocaïne®. L'Adénosine ne doit jamais être utilisée dans les tachycardies à complexe large, car elle bloque le nœud atrio-ventriculaire et facilite ainsi le passage de l'impulsion électrique par la voie accessoire.

Les tachycardies à complexes larges dont le rythme est supérieur à 300 bpm sont soit ventriculaires, soit supra ventriculaires avec conduction aberrante. Les ryth-



© Laurent ROCH.

mes supérieurs à 200-220 bpm doivent faire suggérer une tachycardie avec syndrome de pré excitation et phénomène de ré entrée. Une connexion directe (en bypass) entre le nœud atrial et les ventricules, court-circuite le nœud auriculo ventriculaire qui a un rôle de frein. Il faut savoir évoquer un rythme de Wolff Parkinson White. La tachycardie supra ventriculaire induite peut être à complexe large ou étroit, en fonction du mode de ré entrée, qui peut être « antidromique » ou « orthodromique », dans ce dernier cas les complexes sont étroits.

Ce patient dont il est ici question été conduit sous monitoring cardiaque simple jusqu'aux urgences, son état étant stable. La Cordarone® a facilement réduit la tachycardie. Le circuit de ré-entrée, cause de ses soucis a ensuite été électriquement et définitivement détruit.

Boutique du 3SM

PORTE BLOC VSAV-VRM

Toujours avec vous pour remplir vos fiches d'intervention : un rappel des princi-



paux score. Conduite face un SCA. Localisation de l'IDM. Le brûlé. Les drogues et matériels pédiatrique répartis en taille et âge. Modèle de certificat d'HDT, HO. Crush induction Adultes/enfants. Principaux antidotes, etc.

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

Prix : 15,00 € (port inclus)



COUPE-VENT SERVICE DE SANTÉ

Doublé jersey bleu Marine

Taille : M - L - XL

Prix : 25,00 € (port inclus)



SWEAT SHIRT SERVICE DE SANTÉ

Molleton 80%, polyester 20%, 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

4 parutions par an - Juin 2008

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

DIRECTEUR de la PUBLICATION

Médecin Colonel Jean-Claude DESLANDES

REDACTEUR EN CHEF

Médecin Commandant Eric TORRES

CONCEPTION GRAPHIQUE

Georges BOUSQUET

ABONNEMENTS

Sabine SERRES

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

De quoi s'agit t-il ?

En fouillant dans les greniers des centres de secours il peut parfois arriver que l'on exhume des appareils dont on a oublié depuis longtemps l'existence. C'est le cas de celui présenté sur la photo ci-dessous. A votre avis, de quoi s'agit-il ?

- A - Une chaise électrique pour sapeur-pompier
- B - Une table de camping spéciale « feu de forêt »
- C - Une chaise percée pour médecin-chef incontinent
- D - Une catapulte à envoyer les vacances
- E - Un appareil de réanimation respiratoire

RÉPONSE

Et oui, il s'agit bien d'un appareil de réanimation : « Pulmoventilateur » du professeur Hederer. Celui-ci a été mis en usage en 1923. Il est constitué d'un châssis métallique évidé et incliné à 30° sur lequel la victime est étendue à plat ventre, le front reposant sur un appui-front réglable permettant d'obtenir une extension de la nuque avec béance des voies aériennes et chute de la langue en avant.

Le système de compression est constitué par une sangle coulissante et extensible qui ceinture la base du thorax. La course du plateau est réglée automatiquement par un système de ressorts. Le dispositif de chaînettes fixées à la barre transversale du levier de



Réponse E

manœuvre provoque l'élévation des bras à l'inspiration.

Tout comme l'appareil de Cot, le « Pulmoventilateur » de Hederer est doté d'une béquille qui permet de faire basculer l'appareil et d'installer la victime, tête et thorax surélevés s'il s'agit d'un asphyxié (type bleu) ou, tête en bas et thorax incliné en avant, s'il s'agit d'un syncopé (type pâle). ■

Livres de la BOUTIQUE

CAHIER D'INTERVENTION SMUR

Les médecins du BMPM

Sauramps médical

Extrêmement

complet, ce car-

net est un outil de

qualité pour une

prise en charge

optimale des vic-

times. Il comprend trois parties :

protocoles médicaux, fiches tech-

niques et fiches thérapeutiques.

Prix : 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.

Prix : 44,77 € (port inclus)



CARNET D'INTERVENTION

Edition 2008

Cette nouvelle

édition enrichie

et complétée

vous aidera dans

vos pratiques

quotidiennes.

Aussi indispensable que votre

fidèle stéthoscope, parions que

vous ne pourrez, rapidement,

plus vous en passer.

Prix : 22 € (port inclus)



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

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

Chers amis,

Le 3SM Mag est un lien entre tous les membres du Service de Santé des Sapeurs Pompiers. Il souhaite être aussi le reflet de la diversité et de la richesse de nos activités. Il vous est envoyé gratuitement chez vous. Il est à votre disposition pour répondre à vos questions, faire paraître vos travaux, publier vos expériences professionnelles. En relation étroite avec nos institutions, Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles, et Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers Français, il vous fait part des textes réglementaires, des avancées, voire des difficultés concernant nos missions. Un site internet vient d'être créé (www.3SM-mag.com) pour resserrer encore ce lien indispensable à toute institution dynamique.

En parallèle, je me permets de vous proposer un abonnement à la Revue Urgence Pratique, qui est le soutien indispensable du 3SM-Mag. De votre réactivité dépendra grandement la poursuite de notre action. Vous pouvez compter sur moi pour défendre et porter haut le 3SM, acteur incontournable du secours à personne. J'ai besoin, pour cela, du soutien de chacune et de chacun d'entre vous.

Passionnément et fidèlement,

Médecin Colonel Jean-Claude DESLANDES

Facile sur www.urgence-pratique.com

Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Psychologues...
Des Garanties Santé et Prévoyance
100% Pompiers



Mutuelle Nationale des Sapeurs-Pompiers
l'unique mutuelle de la corporation.

**c'est évident,
j'adhère!*

05 62 13 20 20

www.mnsp.fr

mnsp*
la mutuelle des
sapeurs-pompiers
de France

