

INTÉRÊT DE L'ÉPINÉPHRINE IV DANS LE TRAITEMENT DE L'ARRÊT CARDIAQUE EXTRA HOSPITALIER

Etude multicentrique des hôpitaux et services d'urgence de Singapour.

Annals of Emergency Medicine
Vol 50.N°6 ; 635-642.

Travail prospectif conduit d'octobre 2002 à octobre 2004, incluant 1296 patients de plus de 8 ans ayant fait un arrêt cardiaque non post traumatique.



Au total 615 patients ne recevaient pas d'épinéphrine par les services préhospitaliers, tandis que 681 en ont reçu. Au terme de l'étude, aucune différence significative en terme de ROSC (return of spontaneous circulation) ni de survie n'a pu être notée. Ce travail démontre la difficulté de démontrer l'intérêt des médicaments de l'arrêt cardiaque. Nous continuons à utiliser les amines pressives sans être sûrs de leur effet.

NDLR : Effectivement, les recommandations internationales les préconisent mais classent leur action dans la catégorie IIb, c'est à dire « peut-être utile ».

En 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

Un 3SM responsable, donc autonome.

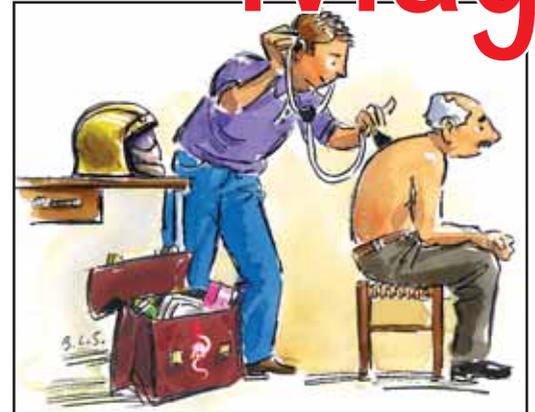
Méd. Col Jean-Claude DESLANDES - SDIS 30
Directeur de la publication

Edito

Les premiers sapeurs-pompiers ont été nommés voici plus de 50 ans, et il peut paraître surprenant de lire ici ou là qu'un des mérites de la Commission quadripartite est de reconnaître l'existence d'un service, qui a tout de même été la première

organisation médicale structurée oeuvrant pour le secours à personne en France. Sans doute n'avons-nous pas assez fait oeuvre médiatique. Depuis 50 ans, nos médecins ruraux ont plus occupé les routes et les domiciles que les colonnes des journaux. Ils se sont plus préoccupés de leurs patients que des cabinets ministériels.

Acceptons toutefois avec bonheur cette reconnaissance tardive. Elle est appuyée par la naissance d'un nouveau groupe de travail « médecins chefs » au sein de la Fédération. C'est un signe fort de notre institution représentative. Nul doute que les travaux de ces confrères vont aller dans le sens de l'histoire et proposer la naissance de véritables



chefferies de service dotées d'une autonomie d'action et de décision correspondant à la responsabilité qu'est celle du 3SM, c'est à dire la prise en charge du secours à personne en complémentarité de nos confrères hospitaliers.

Dotés d'un budget propre dont ils auront la gestion, nos nouveaux médecins chefs vont pouvoir développer un service véritablement opérationnel et digne de la grande famille des sapeurs-pompiers. Responsables des secours à la population pour la part qui leur incombe, ces nouveaux médecins chefs pourront de plein droit, et à la même table que celle des autres responsables médicaux du secours à personne,

participer au développement d'une médecine d'urgence dont leurs aînés ont été les initiateurs. ■



Légendes urbaines

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



N

avons-nous pas parfois tendance à confondre le très actuel « principe de précaution » avec la vérité scientifique absolue ? C'est la question que l'on peut se poser en découvrant l'étude récemment publiée dans la revue « Circulation »*. Elle démontre que la poursuite du massage cardiaque externe pendant la délivrance d'un choc électrique de défibrillation externe est sans danger pour la personne exerçant simultanément les compressions thoraciques.

Si cette nouvelle ne nous surprend guère, elle étonnera certainement bien plus les secouristes à qui nous enseignons - à tort et de façon péremptoire - le contraire depuis plusieurs années**. Je sais bien qu'il n'est pas toujours facile de « meubler » les huit heures réglementaires de formation à la défibrillation et que la tentation est grande d'en rajouter sur les précautions et les contre-indications, mais ne sommes-nous pas, parfois, allés un peu trop loin ? Qui prend encore le soin d'éteindre son téléphone portable (ou de le laisser à plus de trois mètres du défibrillateur) avant de délivrer le choc électrique salvateur ?

Au risque de les décevoir en les privant du peu de merveilleux que promet encore notre profession, il faudra bien finir par avouer aussi à nos équipiers que si, un jour ou l'autre, ils défibrillent un patient coronarien en omettant de retirer son patch de trinitrine, il y a peu de chance que tout cela se termine par une explosion accompagnée d'un feu d'artifice. ■

* Circulation, vol.117 n°19, pp.2510-2515 - ** Ce qui est vrai pour la défibrillation s'applique aussi à la pose du garrot (voir article page 14)



La révolution dans le monitoring et la défibrillation

corpuls³ – Système unique de transmission ininterrompue sans fil de tous les paramètres vitaux

- Monitoring ininterrompu du patient du lieu d'intervention jusqu'aux urgences ;
- sur demande avec ECG à 12 canaux, SpO₂, PNI, CO₂, température, PI, horloge GPS et télémetrie ;
- imprimante ECG large (10,6 cm) pour impression simultanée de l'ECG à 12 canaux ;
- domaines d'utilisation : SMUR et Sapeurs-Pompiers sur les lieux d'intervention, transports secondaires, salles de déchoquage et transferts inter-services
- nombreuses solutions d'installation pour véhicule et hôpital

T : 01 69 35 53 20 ▪ www.weinmann.de

Bilan et perspectives

Après une première année à la DSC

Jean-Jacques KOWALSKI

Médecin Conseiller de la Direction de la Sécurité Civile

Cette première année à la DDSC, redevenue DSC, aura surtout été, pour moi, marquée par le référentiel national « secours à personne et aide médicale urgente ». Tout a été dit sur le nombre, la durée et l'intensité des réunions ... et la rédaction de ce document. Au-delà des passions inhérentes à notre activité un bilan à la fin de cette année devrait permettre de mesurer les premiers effets des mesures préconisées.

D'autres dossiers qui associent l'ENSOSP et ses partenaires scientifiques et financiers se développent dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

L'étude sur les accidents liés aux activités physiques et sportives est maintenant achevée, les conclusions et recommandations qui en découlent seront disponibles en fin d'année.

La grande étude sur la mortalité des sapeurs pompiers est lancée dans les dix SDIS qui collaborent avec efficacité et enthousiasme. Après cette phase de faisabilité, elle sera étendue à l'ensemble des départements. Ses résultats seront la base des actions futures.



Enfin, la Journée d'information santé au travail (JIST) 2009 aura lieu, c'est presque déjà une tradition, le 29 janvier 2009 à l'Ecole du Val de Grâce à Paris. Elle portera cette année sur deux thèmes : stress et addictions.

RENCONTRER LES ACTEURS DE TERRAIN

Les inspections reprennent en septembre avec une participation médicale plus fréquente. Elles sont l'occasion de rencontrer les acteurs de terrain, de découvrir des initiatives et parfois d'apporter une aide à ceux qui en ont besoin. Dans l'ensemble elles confirment la progression, quantitative et qualitative, de l'action

du 3SM avec des moyens somme toute très raisonnables.

COLLOQUE DES MÉDECINS CHEFS

Le colloque annuel des médecins chefs aura lieu les 17 et 18 septembre. Nous avons voulu attendre la sortie du référentiel secours à personne et la fin de la visite du Pape à Paris. Pour 2009 nous essaierons de revenir au mois de juin à Paris sauf si certains ont envie d'accueillir cette réunion chez eux...

Enfin, l'année 2009 sera marquée, en point d'orgue, les 18, 19 et 20 septembre par la tenue des 11èmes Journées du Service de Santé à Limoges, chez Daniel Mathé, médecin chef dynamique s'il en est. Les occasions de se rencontrer ne manqueront pas.

Salut et amitiés à tous. ■

Mobilité à la tête de la DDSC

Monsieur le Préfet Henri Masse, après avoir dirigé pendant trois ans la Défense et la Sécurité Civiles, est nommé Préfet de Charente Maritime. C'est un poste qu'il souhaitait, et nous lui souhaitons un plein accomplissement



dans sa nouvelle mission. Il a été pour nous un directeur attentif, très impliqué dans les dossiers santé, qu'ils soient opérationnels ou statutaires. Il a, par un investissement

très personnel, fait avancer de très nombreux dossiers et conduit notre Service Santé vers une reconnaissance difficilement, mais justement acquise.



Nous le remercions très sincèrement pour tout ce qu'il nous a apporté, au-delà des liens d'amitié qu'il a liés avec certains d'entre nous. ■

Monsieur le Préfet Alain Perret, est nommé Directeur de la DDSC. Après plusieurs missions préfectorales dans divers départements, il

a déjà occupé de hautes fonctions au sein de la DDSC comme sous directeur de l'organisation des secours, notamment. Parfaitement au fait des dossiers opérationnels, et connu pour son dynamisme, monsieur le Préfet Perret va

faire bénéficier notre maison centrale de ces connaissances du terrain, mais aussi de ses capacités de gestionnaire avisé.

Bienvenue Monsieur le Préfet ! ■

Lu pour VOUS

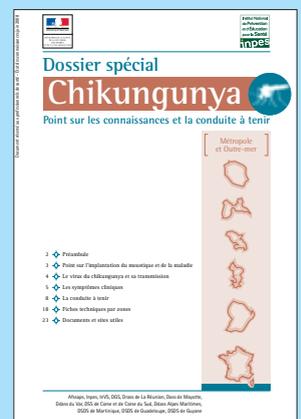
LUTTE CONTRE LA DENGUE ET LE CHIKUNGUNYA

Un guide à destination des professionnels

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, a présenté en juillet dernier le nouveau dispositif d'information et de lutte contre la dissémination de la dengue et du chikungunya en métropole.

Alors que le plan 2007 était composé de 3 niveaux de risque à titre de prévention, le plan 2008 s'est renforcé de 3 autres niveaux pour gérer une éventuelle épidémie au niveau national (détection de cas groupés, détection de plusieurs foyers, gestion épidémique).

Un plan de communication a également été préparé cette année par les services du ministère et avec la participation de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour favoriser l'information et la communication par les autorités locales et nationales, et sensibiliser la population sur la gestion épidémique. Un « dossier spécial chikungunya » est notamment diffusé auprès des professionnels de santé. Il est disponible au téléchargement sur le site : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>



Roselyne Bachelot-Narquin a rappelé qu'une dizaine de cas d'importation étaient survenus l'an dernier dans le sud de la France (principalement de dengue). La ministre a insisté sur le rôle des professionnels de santé dans l'information à la population.

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) et 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 rétrodentale. **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 dénitrogénéation 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 rétrodentale 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



LES ACCIDENTS CHEZ LES SAPEURS-POMPIERS

Etat des lieux

La Direction de la Sécurité Civile (DSC) et Dexia Sofcap publient une très intéressante étude sur les accidents survenus chez les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires lors de ces cinq dernières années. Cette étude fait apparaître que :

Les accidents routiers sont la première cause de décès : ils représentent 38% des circonstances de mortalité. Chez les sapeurs-pompiers professionnels, l'accident de trajet (domicile-caserne) demeure la cause d'accident la plus grave. Il est également important chez les sapeurs-pompiers volontaires au même titre que l'accident de circulation (caserne-lieu d'intervention, en véhicule de service).

Les accidents en caserne sont les plus nombreux : ils représentent 70% des accidents chez les sapeurs-pompiers professionnels et 50% chez les sapeurs-pompiers volontaires. L'activité en dehors des interventions occasionne davantage d'accidents que l'activité opérationnelle. La part liée aux accidents liés à l'activité physique et sportive demeure la part plus importante.

Les accidents sur site d'intervention représentent un tiers des accidents : ils ont d'ailleurs baissé de 27% en cinq ans alors que le nombre d'interventions a augmenté de 6%.

9 sapeurs-pompiers ont perdu la vie en 2007 : en cinq ans, le taux moyen de mortalité en service a été réduit de 35%, signe d'une prise de conscience individuelle et collective face au risque professionnel.

Source : Etude réalisée en 2007, par recoupement des données de la DSC et de Dexia Sofcap, sur un échantillon de 15 033 sapeurs-pompiers professionnels (39% de l'effectif national) et 54 880 sapeurs-pompiers volontaires (27% de l'effectif national).

Carcassonne 2008

CTIF et Commission Santé Fédérale

Francis LEVY. Médecin Chef



La commission santé du Comité Technique International du Feu a tenu sa réunion annuelle en pays Cathare à Carcassonne les 4 et 5 juillet 2008 sous la présidence de Jean-Yves Bassetti. Le programme débutait par un rapport de chacun des pays, avant d'associer le CTIF et la commission Santé Fédérale autour d'un colloque « Nouveau monde, nouveaux risques ».

Nos collègues étrangers venant d'Allemagne, du Luxembourg, de Belgique, de Grèce, d'Espagne, du Portugal, d'Italie, de Russie, de Suisse, de Slovaquie et de la République Tchèque, ont présenté les questions d'actualités pour leurs services respectifs. Le collègue suisse a présenté les nouvelles recommandations pour l'aptitude des sapeurs-pompiers. L'examen médical est chez eux réalisé en fonction du risque, et de façon modulaire avec à partir de 40 ans une attention particulière sur le risque cardiovasculaire sur la base du score de la société européenne de cardiologie. Nos amis belges et luxembourgeois ont précisé leur programme de surveillance. Notre collègue tchèque a expliqué le dispositif de secours mis en place en Tchéquie pour les urgences et les crises. Notre confrère du service d'incendie de Cologne a présenté la question des intoxications aux fumées avec une discussion très intéressante par rapport à la prise en charge en particulier avec une limitation à l'intubation qui ne doit pas être prophylactique mais réservée aux cas d'inconscience ou trouble respiratoire avérés. La discussion de la place de l'oxygène hyperbare

a donné lieu à des échanges sur les indications. La formation en médecine de catastrophe a été présentée par le Portugal. Le collègue Slovaque de la société Falck a exposé le fonctionnement d'un service d'urgence privatisé.

NOUVEAU MONDE, NOUVEAUX RISQUES

Le symposium comportait un panel de conférences variées allant de la pandémie grippale, au terrorisme, de la logistique de crise au secours transfrontalier et à la gestion d'un camp de réfugiés. Le renforcement des capacités opérationnelles de l'Union Européenne en protection civile avec le programme de la présidence française a été présenté par le Colonel Nardin chef de la mission des relations internationa-

les. Les premiers secours dans le contexte d'une situation de violence ont été discutés par le Dr Bernes du CICR. Le droit de soigner et la mise en cause juridique des secours ont été traités par le professeur Viret de la faculté de droit de Montpellier et par le Dr Hertgen de la BSPP.

La commission santé du CTIF se retrouvera en 2009, sans doute à Saint Petersburg, à l'invitation de notre collègue russe. Elle a décidé de réaliser dans le cadre du CTIF, des statistiques internationales dans le domaine du secours à personnes. Cette base de données devrait permettre de dessiner le secours du futur autour de besoins mieux cernés, ce qui, au-delà de dogmes qui prévalent trop souvent, doit rester la base d'une doctrine cohérente. ■



Lu pour VOUS

RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP) PAR COMPRESSIONS ABDOMINALES

Leslie A. Geddes, et al. *American Journal of Emergency Medicine* (2007) 25, 786-790

Dans un article fondamental, les auteurs décrivent une nouvelle méthode de RCP reposant sur les seules compressions abdominales. L'idée initiale vient du fait que les organes intra-abdominaux contiennent 25% du volume sanguin total. Dans leur travail expérimental, ils ont aussi utilisé une nouvelle méthode de contrôle de la perfusion coronaire reposant sur les courbes de pression aortiques et auriculaires droites dont la comparaison des valeurs détermine un Index de Perfusion Coronaire.

BÊTÀ-BLOQUEURS ET TRAUMATISMES CRÂNIENS GRAVES

William P. Riordan, et al. *Nashville. The Journal of Trauma. Vol. 63. N°3 ; 503-511.*

Faut-il placer les traumatisés crâniens graves de façon précoce sous bêta-bloqueurs ? La question est récurrente. Effectivement, dans un travail conduit sur 4116 patients, les auteurs ont pu déterminer une amélioration de la survie pour ceux placés sous bêta-bloqueurs. Cependant cet effet est plus marqué dans le sous groupe de traumatisés présentant des troubles du rythme. Ce travail initial incite à mener d'autres études multi-centriques et randomisées pour une juste évaluation thérapeutique.

En BREF

ALERTE A LA BOMBE

Trois bombes américaines de 125 kilos chacune ont été découvertes, fin août dernier, par des plongeurs de la Sécurité civile au large de la plage de Taglio-Isolaccio, au sud de Bastia. Les engins explosifs semblent dater de la Seconde Guerre mondiale. Ils auraient été largués par des bombardiers américains en difficulté lors de départs ou de retours de mission.

Rencontre avec le Médecin Colonel Jean-Yves Bassetti

CTIF. Animateur de la Commission Santé du CTIF

3SM-Mag : À quelle date la section « santé » du CTIF a-t-elle été créée ? Quels en ont été les responsables avant toi ?
Médecin Col.

JY Bassetti : La commission santé du CTIF a été créée dans les années 60 par deux collègues français les Docteurs Prim et Zenacker. Mes prédécesseurs immédiats sont les docteurs Henri Julien et Jean-Jacques Kowalski.



3SM-Mag : Quels sont les objectifs de la commission « santé » ? Tous les membres 3SM peuvent-ils adhérer ?

J.Y.B. : La commission santé a pour but de rassembler les composantes médicales des 48 struc-

tures nationales qui concourent à la protection civile et les sapeurs-pompiers des différents pays qui adhèrent au CTIF. L'objectif principal est d'établir des recommandations relatives à la protection des sauveteurs et des populations. Tous les membres des services de santé de la protection civile peuvent adhérer par l'intermédiaire de leur comité national CTIF.

3SM-Mag : Quels sont les futurs axes de travail ?

J.Y.B. : La gestion des nouveaux risques devient une préoccupation essentielle et majeure du CTIF. Aussi nous devons réfléchir à l'évolution des moyens de traitement des victimes des catastrophes technologiques, clima-

tiques, ou à celles liées au terrorisme international...

3SM-Mag : Ne pourrait-on intégrer une réunion de cette section « santé » dans nos congrès scientifiques du 3SM ?

J.Y.B. : La très grande qualité des intervenants dans les congrès que nous organisons régulièrement fait que nous sommes une excellente vitrine du savoir français. Il est bien entendu qu'un apport international ne pourrait que valoriser encore nos colloques.

3SM-Mag : Quelles sont les prochaines dates à retenir ?

J.Y.B. : L'Assemblée générale du CTIF se tiendra à Colmar le 19 septembre 2008. Par ailleurs, nous souhaitons organiser la commission santé 2009 en Russie ou au Portugal.



Gratuité des secours

La Rédaction

Dans un communiqué de presse daté du 15 juillet 2008, la FNSPF a souhaité rappeler, qu'il n'est pas question de nouvelle donne en ce qui concerne la gratuité du service public assuré par les services d'incendie et de secours.

Ce principe intangible, institué par la loi en 1996 et auquel les sapeurs-pompiers sont très attachés, s'applique à tout ce qui relève de leurs missions légales.

La loi autorise toutefois les SDIS, à demander à l'utilisateur une partici-

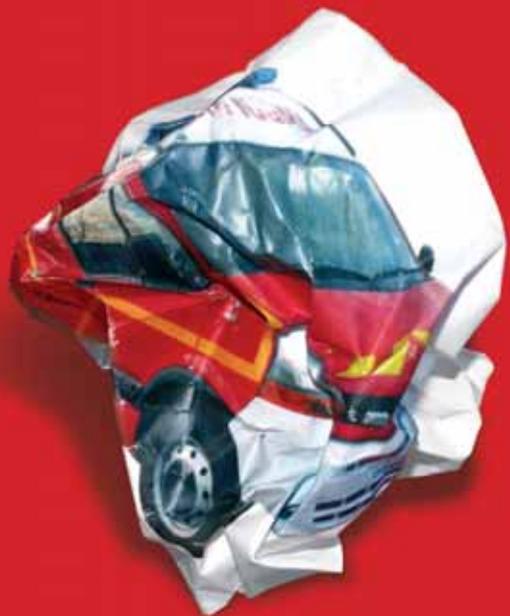
pation financière pour les prestations fournies exceptionnellement par les sapeurs-pompiers alors qu'elles ne relèvent pas de leurs missions légales (destruction de nids de guêpes, inondations suite à panne de matériel électromé-

nager, prestation habituellement effectuée par un professionnel - serrurier, plombier - sans urgence vitale avérée).

Ceci n'a en aucun cas pour effet de remettre en cause le principe historique fondamental de la gratuité des secours.

Celui-ci a d'ailleurs été tout particulièrement clarifié récemment par le « Référentiel sur l'organisation du secours à personnes et l'aide médicale urgente » qui réaffirme que « les missions de secours à personnes relèvent bien du service public de secours, gratuit. Celles-ci sont précisément définies dans une annexe, ce qui permettra aux victimes d'avoir la même réponse, que leur appel soit traité par le 18 ou le 15. En revanche, les opérations relevant de la permanence des soins ou du transport sanitaire, effectuées par les sapeurs-pompiers à la demande de la régulation médicale du centre 15 en cas d'indisponibilité de transporteurs privés ou de médecins de ville, doivent faire l'objet d'une indemnisation forfaitaire par la Santé ».

Évitez d'être sous le choc !



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

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



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



Votre organisme de protection sociale



Qui ? Pourquoi ? Comment ?

Audrey GENRE - Conseillère prévention.

La Mutuelle Nationale des sapeurs-Pompiers, sous l'égide de la Fédération Nationale, est en constante réflexion et évolution quant à son rôle dans la protection sociale des sapeurs-pompiers.



La MNSP s'attache au quotidien à promouvoir une protection sociale de haut niveau pour tous les sapeurs-pompiers et leurs proches. Elle privilégie des valeurs de solidarité en refusant les discriminations, la sélection des risques et assure une égalité de traitement à tous. Toujours soucieuse de répondre efficacement à vos attentes, elle s'adapte et vous propose des services et prestations au plus proche de vos besoins. La santé, la prévoyance et la prévention font notamment parties de ses priorités.

GARANTIES INDIVIDUELLES

SANTÉ 18

Avec SANTÉ 18, vous bénéficiez d'une garantie efficace au quotidien qui vous couvre sur l'ensemble des postes de santé : hospitalisation, optique, dentaire, analyses...

Santé 18 s'adapte à votre situation et vous donne la possibilité de choisir entre différents niveaux de garanties (Santé 18 prime, Santé 18 jeunes, Santé 18, Santé 18 plus). Votre complémentaire santé peut ainsi évoluer en fonction de votre situation personnelle et fami-

liale : de la prise en charge des garanties essentielles (100% sécurité sociale) à une garantie plus renforcée.

HOSPI 18

HOSPI 18 intervient en complément de votre complémentaire santé. Cette garantie vous permet de faire face à des dépenses de santé imprévues en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, non remboursées par la sécurité sociale. Pour seulement 6,51€/mois, la MNSP vous verse la somme de 13,26 €/jour, vous êtes ainsi certain de bénéficier d'une couverture de santé optimale : prise en charge de lit d'accompagnement, TV, Téléphone... HOSPI 18 vous permettra de vous rétablir en toute sérénité.

PREVOYANCE 18

Perte de Revenus : Par le versement d'indemnités journalières, la garantie perte de revenus vous assure de maintenir votre niveau de vie en cas d'arrêt de travail. En effet, un incident peut vous empêcher d'exercer votre activité professionnelle et diminuer ainsi de manière considérable votre

niveau de vie. La prestation qui vous est offerte va vous permettre de compenser la perte de votre salaire.

Capital Décès : Il n'y a rien de plus difficile que de perdre un être cher, alors protégez votre famille en lui permettant de faire face financièrement à cette terrible épreuve grâce au versement d'un capital aux bénéficiaires de votre choix. Vous souhaitez plus d'informations, un devis personnalisé? Contactez nos conseillers mutualistes au 05 62 13 20 20.

ACTEURS DE LA PRÉVENTION

Le service prévention et promotion de la santé vous propose un nouveau dispositif qui vient renforcer le principe de protection sociale des sapeurs-pompiers : LE PASS18, Protéger sa santé, Alerter, Secourir en toute Sécurité. Il s'adresse aux autorités gestionnaires des SDIS et à toute personne impliquée dans la prévention des risques dans le monde sapeurs-pompiers : Responsable HSE, ACO, médecins-chef, membre du CHS...

PASS 18

Parce que dans l'exercice de leurs activités, les sapeurs pompiers sont exposés quotidiennement à des risques, le service prévention de la MNSP vous propose PASS 18. Il s'agit d'un outil d'aide et d'accompagnement dans la réflexion et la réalisation de vos projets prévention. La mise en place de plans de prévention est souvent difficile; c'est pourquoi ce dispositif a été créé. Nous pouvons ainsi vous aider à mettre en oeuvre des réunions de sensibilisation, des animations ou des formations, à concevoir des supports prévention, à réaliser des études sur des thématiques diverses : évaluation des risques professionnels, ergonomie, risque routier, risque cardiovasculaire...

Ce dispositif passe notamment par la mutualisation des moyens et des ressources, la mise en réseau de différents acteurs ou encore la mise à disposition d'outils de sensibilisation... Vous voulez engager votre établissement dans une démarche d'amélioration active de prévention, contactez notre équipe au 05 62 13 20 60 ou sur prevention@mnspl.fr

En BREF

CONGRÈS NATIONAL

Rejoignez la MNSP et son service prévention lors du congrès national à Rennes du 2 au 4 octobre.

Découvrez les animations réalisées par notre service sur les thèmes de la sécurité routière et des risques cardiovasculaires.

A gagner : gilet auto-réfléchissant, éthylotest, podomètre, balle anti-stress...

Et pour les 400 premiers adhérents, sur simple présentation de votre carte mutuelle, la MNSP vous offrira un kit de sécurité complet (gilet +triangle).



CLUB MNSP

La MNSP a créé exclusivement pour tous les sapeurs-pompiers de France un club de privilèges. En adhérent gratuitement au club, vous bénéficiez de tarifs préférentiels pour vos vacances, assurances auto habitation, crédits immobiliers...

Pour adhérer ou pour plus d'informations, consultez notre site internet www.mnspl.fr ou contactez nos conseillères mutualistes au 05 62 13 20 20



ALTÉRATION PAR LA CHALEUR DES MÉDICAMENTS UTILISÉS EN PRÉHOSPITALIER

Dustin Gammon et al.
American Journal of Emergency Medicine (2008) 26, 566-573

Le but de ce travail était de déterminer le maintien de la concentration de 23 médicaments de l'urgence faisant couramment partie des lots emportés dans les véhicules du préhospitalier. Ces médicaments ont été soumis à des variations de température allant de -6°C à +54°C toutes les 12 heures, et ce pendant plusieurs jours (8 jours en moyenne). Les ampoules et flacons étaient contrôlés par chromatographie. Sur les 23 médicaments testés, 8 se démarquèrent par une baisse de 10% de la concentration de produit actif : Lidocaïne, diltiazem, dopamine, nitroglycérine, ipratropium, succinylcholine, halopéridol et naloxone. Cette étude, originale, devrait modifier certains de nos comportements vis à vis des trousseaux d'urgence.

NDLR : Il faut garer les véhicules à l'abri du soleil, comme du froid !



SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES SUIVANTS LA PREMIÈRE ANNÉE D'UN CHOC ÉLECTRIQUE

Benoit Bailey, et al.
American Journal of Emergency Medicine (2008) 26, 413-418

Les auteurs ont conduit une étude prospective multicentrique pour évaluer la prévalence des symptômes neurologiques survenant l'année suivant un choc électrique, et la relation entre ces troubles et certains facteurs de risque. Sur 114 patients, 30 (26%) se plaignait de troubles persistants dans les deux mois. Pour 24 patients ces troubles ont duré un an. Les auteurs alertent les médecins de l'urgence sur la prévalence de ces troubles, dont il faut prévenir les patients.

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Réponses aux questions les plus fréquentes

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

Au même titre que la formation continue (toujours en devenir) l'évaluation des pratiques est un véritable serpent de mer des professionnels de santé. Deux de nos plus éminents confrères l'ont rencontrée, apprivoisée et formalisée pour la mettre au service des médecins du 3SM. Il est vrai que cette évaluation des pratiques est une démarche nécessaire pour que soit reconnue la qualité de nos pratiques. Par leur évaluation nous les valorisons, et par la même rendons plus forte notre implication dans toutes les activités nous concernant, médecine préventive, enseignement et aussi médecine opérationnelle. Mais laissons la parole à nos deux passionnés, en les remerciant pour tout le travail, plutôt ingrat, mais ô combien nécessaire, qu'ils abattent pour nous.

Peut-on faire son EPP où l'on souhaite ?

Chaque professionnel de santé doit réaliser son EPP par l'intermédiaire d'un organisme agréé auprès de la Haute Autorité de Santé. En revanche l'autorité d'emploi ne peut pas imposer précisément l'organisme qui assurera l'EPP. Toutefois l'HAS souhaite que les organismes agréés se regroupent lorsqu'ils concernent une même catégorie professionnelle. L'agrément d'un seul organisme par « métier » est favorisé. Pour les membres du service de santé des sapeurs-pompiers, Urgence Pratique Formation est agréé.



Thierry FUZELLIER

Peut-on faire son EPP comme l'on veut ?

La démarche d'EPP doit répondre schématiquement à des critères précis qui consistent en trois étapes : évaluation des pratiques individuelles par les praticiens eux-mêmes en se référant aux références scientifiques ou aux recommandations médicales en vigueur lorsqu'elles existent, discussion entre pairs sur ces pratiques, modification dans la pratique.

Peut-on poursuivre les démarches engagées par les services de santé départementaux ?

Cette question est souvent posée par les services de santé pour les actions qui s'approchent de ce cadre. Il est recommandé de ne surtout pas interrompre les démar-

ches initiées mais de simplement les parfaire pour qu'elles répondent totalement aux spécificités de l'EPP. C'est précisément le rôle de l'organisme agréé de valider les actions engagées. De même les actions qui sont le

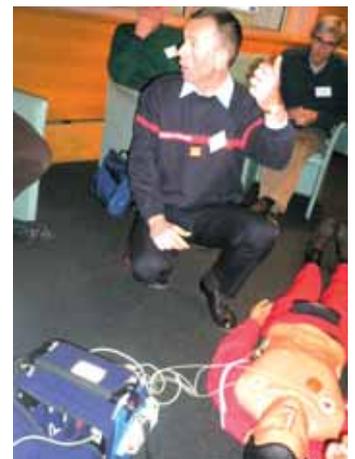
plus souvent pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles doivent être poursuivies.

Peut-on faire son EPP avec plusieurs organismes ?

Un professionnel de santé a l'obligation de réaliser son EPP. L'organisme agréé délivre une attestation à l'issue d'une action. Un seul organisme agréé peut délivrer les points de Formation Médicale Continue (FMC) correspondant à l'EPP. Il n'est donc pas possible de totaliser les points obtenus auprès de plusieurs organismes.

Comment un médecin de sapeur-pompier peut-il faire son EPP ?

Différentes catégories de praticiens sont concernées (libéraux, hospitaliers ou salariés), selon qu'il s'agit de volontaires ou de professionnels. Pour les médecins ayant plusieurs types d'exercices, ce qui est précisément la situation des volontaires, il est prévu que chacun réalise son EPP obligatoire sur une partie significative de son exercice professionnel. En se penchant sur la situation particulière de chacun, de nombreux sujets se « recourent » entre les différents exercices.



Francis WEBER

Y-a-t-il une urgence particulière à réaliser son EPP ?

L'obligation de FMC, dans laquelle entre l'EPP est effective. Les dates d'échéance sont actuellement figées. Il faut donc de façon certaine s'inscrire dans une démarche d'EPP, même s'il n'y a pas une urgence calendaire totalement stricte. Dans les prochains mois, il serait souhaitable d'initier une véritable « démarche » d'EPP.

En pratique en quoi consiste l'EPP ?

Urgence Pratique Formation va développer dans les prochains mois trois méthodes d'EPP, toutes spécialement adaptées à l'exercice des professionnels des services de santé. Il s'agira de l'analyse de pratiques entre pairs, du staff protocolisé et du chemin clinique. Ces dernières permettront à chaque service de santé de construire des actions et des programmes répondant aux spécificités et habitudes « locales ».

Rencontre avec le Colonel Christophe Mignot



Secrétaire Général du Comité Technique International du Feu

la Rédaction

3SM-Mag : *Mon Colonel, vous êtes secrétaire général du CTIF. Pouvez-vous nous évoquer les devoirs et les charges de cette fonction ?*

Christophe Mignot : Le rôle du secrétaire général du CTIF est celui d'un facilitateur. Le CTIF étant un réseau de volontaires et professionnels, sapeurs pompiers, membres du corps médical, fonctionnaires gouvernementaux, élus, industriels, assureurs, journalistes, juristes, et des dizaines d'acteurs dont la liste serait longue à citer, il est fondamental pour moi de participer à la structuration des échanges.

A la question fréquente sur les apports de ce réseau, posée par les personnes qui en sont extérieures, je réponds que c'est une auberge espagnole : on y trouve et on en retire profit en fonction de ce que l'on y a apporté.

En ce sens, vous trouverez des acteurs passionnés parce qu'ils ont beaucoup à donner et trouvent en leurs alter ego internationaux une ressource qui dynamise leur propre travail et bonifie leur propre potentiel. Mon devoir est de les aider tous en leur facilitant l'organisation des flux d'information et en leur préparant le cadre de leurs travaux. Pour ce faire, j'ai le soutien d'une personne à temps partiel (10 %) pour la gestion de la communication. Le secrétariat du CTIF est basé à Berlin, avec une personne à mi-temps. Nous sommes malgré la grande expérience du CTIF plus que centenaire une organisation jeune qui cherche son envol dans un cadre de mondialisation qui implique une forte évolution de notre part.

3SM Mag : *Quelle part tient le 3SM dans le CTIF ?*

C.M. : La commission santé du CTIF est une commission très active. Je dois même préciser

qu'elle réunit les membres sans doute les plus fidèles et les plus anciens à l'esprit même qui anime le CTIF.

La médecine et plus précisément les secteurs applicables au secours font l'objet d'échanges passionnants portés par des acteurs passionnés et enthousiastes. Certains fréquentent le CTIF depuis plus de trente ans avec toujours la même énergie. C'est pour moi à chaque rencontre avec le 3SM une grande satisfaction de voir que le CTIF trouve dans cette commission l'image de ce que doit être la coopération internationale technique. Sans drapeaux ni uniforme, mais simplement un échange riche entre des hommes et des femmes impliqués dans un système de valeurs communes.

3SM-Mag : *Quels sont vos projets ?*

C.M. : Les projets du CTIF sont de favoriser par tous les moyens la coopération technique entre les sapeurs pompiers du monde entier et les organismes de protection civile, terme plus générique employé dans de nombreux pays pour couvrir notre activité. C'est un projet de fond, c'est la culture même du CTIF. Plus concrètement, et à titre d'exemple, le CTIF travaille en cette année 2008 sur les implications de la directive européenne du temps de travail sur l'organisation des sapeurs-pompiers d'Europe, et les moyens qui sont les nôtres de faire entendre notre voix commune auprès des



autorités européennes. Pour ma part, mes prochaines actions porteront sur les thèmes qui me semblent être les plus importants pour l'avenir de la coopération internationale : l'implication des services d'incendies et de secours sur les sujets comme les conséquences du réchauffement de la planète, de l'augmentation des populations fragilisées, du terrorisme et des conflits sous toutes leurs formes, la coopération face à des phénomènes qui nous touchent tous comme les pandémies.

3SM-Mag : *Comment adhérer au CTIF, ou en suivre les travaux ?*

C.M. : Le CTIF est une fédération dont les membres sont des pays, représentés par des comités nationaux du CTIF. Pour adhérer au CTIF ou en suivre les travaux, il suffit de se rapprocher de son comité national, en l'espèce pour la France, de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers de France qui est de droit l'organe fédérateur des actions du CTIF en France.

Pour connaître les sujets de travail possibles, une visite sur notre site web www.ctif.org est utile.

3SM-Mag : *3SM-Mag, est à ta disposition pour servir de lien entre les membres du CTIF.*

Le CTIF a été fondé en 1900 à Paris pour promouvoir la coopération entre les sapeurs-pompiers et les acteurs des secours du monde entier. Aujourd'hui, le CTIF compte 50 pays membres et 35 pays membres associés. Ses conférences jouissent d'une renommée internationale de Boston à Lisbonne et d'Oslo à Sidney. Il constitue un réseau international de compétence et d'information consacré à la lutte contre l'incendie et aux secours, représentant cinq millions de sapeurs-pompiers qui protègent chaque jour un milliard de personnes.

En BREF

ACCIDENT D'HELICOPTÈRE

Le 21 août dernier, une Alouette III de la sécurité civile, parti secourir un alpiniste dans le massif du Mont-Blanc (Haute-Savoie), a réussi à se poser en urgence, sans faire de victime, après avoir heurté une paroi à 3.700 mètres d'altitude. L'hélicoptère était en route pour secourir un alpiniste blessé dans le Grand Capucin (3.838 m), lorsqu'une pale a heurté une paroi.

Le pilote a réussi à maîtriser l'appareil, à le poser environ 400 mètres plus bas sur la Combe maudite, un cirque glaciaire situé à 3.300 mètres d'altitude, sans que personne ne soit blessé parmi les trois personnels à bord (pilote, mécanicien et médecin).

L'équipage de l'appareil accidenté a été évacué par un hélicoptère de la gendarmerie, qui a également récupéré l'alpiniste, victime d'un traumatisme crânien.

Nouveau VENU



PREMIERS SECOURS MAGAZINE

Toute l'équipe de 3SM-Mag est heureuse de saluer la parution d'un tout nouveau confrère : Premiers Secours Magazine.

Cette revue trimestrielle très bien conçue et très bien illustrée s'intéresse, comme son nom l'indique, à tous les intervenants du monde des premiers secours.

Premiers Secours magazine est disponible par abonnement sur le site internet :

www.premiers-secours-mag.eu.

Bien entendu nous en recommandons la lecture !

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

A NOTER !



LIMOGES 2009

L'aventure de nos Journées du Service Santé continue. Les XI^{èmes} du nom se tiendront en septembre 2009 à Limoges, avec le soutien actif du 3SM 87, de son célèbre médecin chef Daniel Mathé, et de son dynamique médecin adjoint Phaly Chum. Dès la mi-octobre, le Comité Scientifique se réunit pour construire un programme répondant à vos attentes, que vous soyez médecin, pharmacien, infirmier ou vétérinaire. Rien ne sera définitif avant le début 2009. Aussi, vos suggestions sont les bienvenues. Une place sera, bien sûr, réservée aux communications libres, sous réserve de leur intérêt pour les membres du 3SM. Vous aurez plus d'informations dans le prochain numéro de 3SM Mag, ainsi que, dès que possible, sur www.3sm-mag.com

JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE LA SFUM

7 au 9 octobre 2008

Centre des Congrès

« Pierre Baudis ». Toulouse

Urgences toxicologiques

Intoxications par psychotropes. Par produits industriels et agricoles. Circonstanciennes. Par cardiotropes. Volontaires et psychiatrie. Intoxications chez l'enfant.

Renseignements et inscriptions :

www.sfm.org et

www.sfm.mcocongres.com

SALON INFIRMIER 2008

5, 6 et 7 novembre 2008

Hall 7/2, Paris-expo

Porte de Versailles

Thèmes : Actualité et avenir de l'exercice professionnel. Cadre juridique et réglementaire. Pratiques et techniques de soins. Technologies et innovations au service des malades et des soins. Qualité des prestations de soins infirmiers.

Site : www.salon-infirmier.com

Courriel : saloninfirmier.formations@groupeleisons.fr

Enquête de satisfaction

Réalisée auprès des patients pris en charge par le 3SM 06



Infirmière Carole BOUTET - 3SM 06

Le 3SM du SDIS 06 s'est engagé dans une démarche qualité selon les critères en vigueur dans les établissements hospitaliers et définis par la Haute Autorité de Santé. Le Colonel Barberis, Médecin-Chef départemental a donc proposé la mise en place d'une enquête de satisfaction auprès des usagers.

Il a été choisi de réaliser cette enquête sous forme d'interview téléphonique auprès des patients pris en charge par les VLM et les VLI du 3SM06.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le questionnaire comportait 14 questions fermées et 1 question ouverte à réponse libre. Une information préalable a été remise au patient sur les lieux de l'intervention par l'équipe 3SM afin de le prévenir du contact téléphonique à venir. Les patients étaient rappelés

les dans les jours suivant l'intervention par une infirmière du service affectée à cette mission.

En pratique nous avons mesuré la performance de notre service selon 9 critères tels que perçus par le patient : identification des personnels, savoir être des personnels soignants, efficacité, disponibilité, qualité des soins,



L'enquête de satisfaction réalisée par Carole Boutet s'inscrit dans la politique d'évaluation et de suivi des activités du SDIS 06, mise en place par le Président du CA et le DDSIS. Elle a permis de positionner le 3SM comme élément pilote en la matière, et par ailleurs en tant qu'évaluation des activités du 3SM, cela a grandement servi à positionner le SDIS 06, comme acteur fort du secours à personnes médicalisé dans le Département des Alpes Maritimes, au côté de nos partenaires du SAMU et des SMUR, auprès de nos autorités de tutelle (Préfecture, DDASS, ARH, Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins). Ce travail va prochainement être enrichi par une seconde enquête permettant de mesurer l'évolution de la satisfaction des personnes secourues en tenant compte des préconisations émises lors de la première enquête.

Médecin Colonel J. BARBÉRIS

Médecin-Chef du Service de Santé et de Secours Médical du SDIS 06

COMPLICATION INATTENDUE DU « CRACK »

L'histoire se passe dans les environs de San Francisco. Une jeune femme de 35 ans est amenée aux urgences par l'ambulance de la « Fire Brigade » pour un état d'agitation.

Il est difficile de l'interroger et de l'examiner. Ses propos sont incohérents, et elle veut sauter du brancard. Une sédation chimique IV sera nécessaire. Ce n'est qu'à ce moment qu'un exa-



respect de la pudeur, sécurité, efficacité, respect et bienveillance.

Nous avons également choisi des critères d'inclusions : âge \geq 18 ans, cohérence psychique (patient capable de répondre aux questions de manière adaptée), CCMS comprise entre 2 et 4.

Cette enquête a été réalisée du 1^{er} septembre au 31 décembre 2006. Durant cette période 364 patients ont été contactés.

CONCLUSIONS

Les résultats ont été analysés en fréquence après étude de l'ensemble des réponses et exprimés en pourcentages.

L'analyse objective des causes de satisfaction ou d'insatisfaction a permis d'élaborer des propositions d'action d'amélioration des procédures de secours et de soins selon 4 axes principaux :

- Amélioration de la tenue des dossiers des patients
- Meilleure identification des personnels médicaux et paramédicaux
- Optimisation de la prise en charge de la douleur
- Meilleure information du patient.

Le meilleur indicateur de la mesure de satisfaction est son évolution au cours du temps. Il est proposé de renouveler cette enquête après mise en place des éléments de correction afin de vérifier l'atteinte des objectifs fixés ci-dessus. Cette mission est confiée à la Cellule Evaluation et Communication Médicales du Service de Santé et de Secours Médical du SDIS 06.

men complet peut être effectué. Il permet de découvrir une brûlure de l'extrémité du majeur. Cette brûlure est en relation avec le contact prolongé du doigt contre le fourneau de sa pipe à « crack ». Le « trip » dans lequel elle était partie l'empêchait de ressentir la douleur.

NDLR : De là à prescrire du crack comme analgésique central, il y a un pas que nous nous garderons bien de franchir.

STAGE DE SENSIBILISATION AUX MENACES NRBC EN PARTENARIAT AVEC L'ENSOSP (48H)

Depuis les événements de l'année 2001, les menaces de nature NRBC font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics, du SGDN et des différents ministères. Les concepts de réponse et d'intervention ont été développés, précisés, des matériels d'intervention et de défense NRBC acquis au niveau national et territorial, des textes de référence ont été publiés.

Thématiques abordées : 1^{er} Jour
L'état de la menace en France
Retour d'expériences - Tokyo 1995 - Anthrax USA 2001. La menace chimique - Agents et modes de dispersion. La menace radiologique - Agents et modes de dispersion. La menace biologique - Agents et spécificité de la crise B. La réponse de l'Etat - Les plans gouvernementaux.

Thématiques abordées : 2^{ème} Jour
Psychologie de la prise de décision en situation de crise. Les moyens nationaux à disposition. Les circulaires 700 et 800 - Principes d'intervention. Intervention et décontamination des victimes et personnels en cas d'attentat C et R. Les équipements de défense NRBC.

Public : 16 à 21 participants

Lieu : Centre de formation de Gurcy-le-Châtel dans le département de la Seine et Marne (77).

Dates des stages : Mardi 23 et Mercredi 24 Septembre 2008
Mardi 25 et Mercredi 26 Novembre 2008

Info : hcfdc@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

Retour vers le futur

Dr Jean-Claude DESLANDES - SDIS 30.

Certaines thérapeutiques, certains matériels, pourtant longtemps utilisés retrouvent parfois leur plein emploi après un certain désamour du corps médical. Pour les médicaments, on peut citer la morphine, à laquelle d'autres analgésiques centraux ont été préférés jusqu'à ce que l'on lui reconnaisse certaines vertus. Pour les matériels, on peut citer le garrot.

Il y a encore peu, soulever la question de la mise en place d'un garrot, dans un but d'hémostase, entraînait, de la part des « sachants » au mieux un sourire ironique de compassion en direction de l'ignorant, le plus souvent une remarque courroucée évoquant toutes



Un livre de secourisme américain de 1977 citait l'utilisation d'un appareil à tension pour réaliser une hémostase.

les complications de cet outil barbare. L'ultime et presque inévitable effet induit était la perte, pas moins, du membre garrotté.

HISTORIQUE

Le brave garrot avait pourtant été utilisé pendant des siècles. Procédé sans doute trop simple pour faire « docteur », il n'était plus recommandable. Heureusement, quelques esprits curieux et pratiques ont de tout temps honoré la médecine.

C'est ainsi que nous retrouvons le garrot cité dans l'excellent ouvrage de référence de René Noto, Alain Larcen et Pierre Huguenard, paru en 1994 (Médecine de catastrophe). Ils en réservaient cependant l'usage aux blessés en nombre. Mais, ce sont certainement les médecins militaires qui ont vraiment remis au goût du jour la pose du garrot, appelé par les anglosaxons d'un autre mot français « tourniquet ». Lors de la guerre du Vietnam, il a été estimé que



Un simple garrot pour pose de perfusion, bloqué par une pince, fait l'affaire.

10% des décès au combat étaient dus à une hémorragie non contrôlée d'un membre. Le chiffre est énorme, et quelques unités ont commencé à prendre des « tourniquets » dans leur paquetage.

Le dur conflit d'Irak, avec son lot d'arrachement de jambes par explosion, a systématisé son utilisation.

Les médecins civils, malgré les bons résultats obtenus et le peu de complications constatées, sont jusqu'à maintenant, restés réticents. Les secouristes professionnels n'en étant pas moins eux aussi circonspects. J'ai souvenir d'un chasseur mort voici à peine trois ans d'une balle au niveau du genou. Le temps que les secours soient alertés, puis atteignent le lieu isolé en montagne, l'homme, jeune, était décédé exsangue. Ses collègues lui ont tourné autour, impuissants croyaient-ils, le regardant se vider de son sang. Tous étaient porteurs d'une ceinture qui aurait pu être salvatrice.

ACTUALITÉS

Nous ne pouvons que saluer les études conduites, dont celle publiée dans le JEMS du mois d'août par une équipe de Boston (J. Kalish, P. Burke, J. Feldman, A. Glantz). Ils citent 11 placements de garrot en préhospitalier pour



Irak, déshabillage avant pose de garrot.

plaie hémorragique d'un membre, 6 par balle, 4 par arme blanche, 2 par lacération. Le temps de pose a varié de 37 à 167 minutes. Aucun patient n'a souffert de complication neurologique, sauf les deux victimes de lacération, mais la lésion neurologique était pour eux primitive.

PROTOCOLE

La pose :

Le point sur lequel les utilisateurs concordent est que le garrot doit être suffisamment compressif pour bloquer le flux artériel ET le flux veineux.



Il existe des garrots autobloquants faciles à utiliser d'une main.

l'indication :

Son indication doit aussi être précise « hémorragie incontrôlable, mettant la vie en danger ».

Le temps de pose :

Dans le respect des règles, un temps de pose inférieur à trois heures ne doit, en principe, poser aucun problème.

Certains cas retrouvés dans la littérature donnent des temps de pose supérieurs, mais correspondent à des situations bien particulières d'isolement. Chez nous, en principe, un blessé n'est jamais à plus de trois heures d'un centre hospitalier !

CONCLUSION

Alors ? Quand le garrot retrouvera-t-il la place qu'il avait dans les trousses d'urgence ?



La photo du N° Les VSAV de la BSPP défilent pour le 14 juillet (Véhicules GIFA).

Inhalation de fumées d'incendie et troubles cardiaques

Efficacité de l'hydroxocobalamine

J.L. FORTIN, V. PEUREUX, C. MANZON, M. GRANGEON, G. CAPPELIER - Samu / SDIS 25
S. WAROUX, J.J. KOWALSKI - Service médical de la BSPP

L'intoxication cyanhydrique aiguë consécutive à l'inhalation de fumées d'incendie est responsable de coma, d'arrêt cardiaque et d'état choc cardiogénique. Outre ces manifestations cliniques, elle est également responsable de troubles électrocardiographiques (troubles du rythme, troubles de repolarisation et troubles de conduction).

MÉTHODOLOGIE

Une étude rétrospective incluant 165 patients ayant une intoxication aux fumées d'incendie, a été effectuée entre 1995 et 2008, à Paris et à Besançon et a permis d'objectiver ces troubles ainsi que la réponse au traitement par l'hydroxocobalamine.

RÉSULTATS

133 patients sur 165 ont présenté des troubles cardiaques soit 80%

des patients : 61 patients ont été trouvés en arrêt cardiorespiratoire (58 patients en asystolie, 3 patients en fibrillation ventriculaire). L'emploi de l'hydroxocobalamine a permis une reprise d'activité cardiaque chez 32 patients et une survie sans séquelles en particulier neurologique chez 5 patients (8,2 % des patients).

11 patients ont présenté des troubles de la repolarisation (4 cas d'ischémie myocardique et 7 cas

de courant de lésion sous-endo-cardiaque). L'emploi immédiat d'hydroxocobalamine a permis une normalisation rapide de l'électrocardiogramme. L'élévation des troponines cardiaques a été modérée entre 0 et 0,27 mg/l.

5 patients ont présenté des troubles de conduction intracardiaques qui ont été rapidement normalisés après administration d'hydroxocobalamine.

56 patients ont présenté des trou-



bles du rythme (55 cas de tachycardie supra-ventriculaire et 1 cas de tachycardie ventriculaire). Tous ces patients avaient une oxygénothérapie adaptée ($SpO_2 > 95\%$). 6 patients parmi les

56 avaient initialement une hypotension artérielle. L'administration de l'hydroxocobalamine a permis de normaliser le rythme cardiaque (< 100 cycles/mn) chez 44 patients sur 56 et la tension artérielle chez 5 des 6 patients.

CONCLUSION

L'hydroxocobalamine montre une efficacité certaine pour la correction de ces troubles du rythme, de la repolarisation et de la conduction. Face à un arrêt cardio-circulatoire, elle doit être employée sans délai. Dans le cas d'une victime intoxiquée par les fumées d'incendie, la réalisation d'un électrocardiogramme doit être systématique. ■

MOINS D'ERREURS MÉDICALES DANS LES « TRAUMA CENTER »

Gérald Mc Gwin, et al.
The Journal of Trauma.
2008. 64 ; 607-613

Le risque d'erreur médicale censé être lié à certaines spécialités, comme la traumatologie, peut inciter les médecins à choisir d'autres spécialités.

Le travail que nous rapportons ici a consisté à évaluer la réalité des erreurs potentielles pouvant être commises dans un Trauma Center.

L'étude qui a été poursuivie sur trois ans, s'est intéressée à pas moins de 13 spécialités médicales diverses, et a analysé les dossiers de 183 392 patients, pour un total de 757 880 jours d'hospitalisation.

Seuls 194 événements concernant des erreurs médicales ont été notés. C'est très peu pour une activité aussi importante. Pour les auteurs, le travail dans un centre validé pour la traumatologie et les urgences, se fait dans un environnement qui permet d'éviter beaucoup de « mal practice ».

NDLR : N'ayons pas peur de nous engager dans l'urgence. Mais faisons-le dans un cadre où règne la rigueur !

Dépistage et de prévention

De l'utilisation du cannabis chez les SPP, SPV et JSP du Val d'Oise

Med Lt. Cl. F. TROISVALLETS, Med Lt.Cl. S. DURANTON,
Pharmacien Cne V. PERRARO-LABARTETTE - 3SM 95

Le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues incite à responsabiliser les divers acteurs du travail et à adapter les actions de prévention aux conditions d'emploi et de travail en créant des programmes d'action propres à diminuer l'accidentologie.

Le SDIS 95 et son 3SM ont décidé de réfléchir sur les modalités de mise en place d'une politique de prévention et de dépistage du cannabis chez ses agents et ses JSP.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une circulaire du Ministère du Travail autorise le dépistage du cannabis dans le milieu professionnel sur les postes à risques, or, l'ensemble des missions des sapeurs pompiers répond parfaitement à cette définition.

Afin d'élaborer une véritable action de prévention, comprise et assumée, ont été intégrés à la réflexion les différents partenaires sociaux, les SP volontaires et les élus à travers un large débat au sein du CHS. L'introduction du dépistage systématique du cannabis lors

des visites médicales a été actée le 12 juin 2006 et une campagne de sensibilisation aux dangers liés à l'usage de stupéfiants a été menée durant le premier semestre 2007.

Le dépistage urinaire a été retenu par le 3SM, sa répercussion sur l'aptitude décidée en filière, et traduite en un arbre décisionnel. La procédure a été validée en équipe direction en septembre 2007. Une note à l'intention des personnels actant le dépistage lors des visites médicales et les répercussions sur l'aptitude est rédigée par le médecin-chef et diffusée le 4 octobre avec application au 1^{er} novembre 2007.

RÉSULTATS

Un test positif entraîne une inaptitude opérationnelle totale de 2 mois, et un suivi médical régulier de 8 mois avec contrôle urinaire mensuel. Un document d'aide à l'arrêt est remis. Le temps médical est axé sur une écoute active de l'agent afin de l'accompagner dans sa démarche. Le motif de l'inaptitude est couvert par le secret médical et en aucun cas délivré à l'autorité hiérarchique. Au terme de 3 mois de dépistage, seuls 6 SPV et 2 JSP ont été positifs sur près de 500 visites (1%) et tous ont à ce jour des contrôles négatifs.

DISCUSSION

La mise en place de cette politique a permis de sensibiliser nos agents aux risques liés à l'usage du cannabis et en a limité la consommation. Le fait que les agents soient prévenus du test peut également modifier leur comportement uniquement en vue du test. Un recul plus important est nécessaire pour une analyse mieux étoffée. La décision du dépistage est réglementairement du seul ressort du 3SM, mais la participation des représentants du personnel et des élus permet la légitimité et l'adhésion des agents à une telle politique de santé. ■



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

Lu pour VOUS

LÉSIONS D'EXPLOSION

Dans un court article paru in *The Journal of Trauma* (supplément 2007), le colonel Brain Eastridge décrit parfaitement la relation entre explosion et lésions. Les nouveaux explosifs se caractérisent par une production de chaleur et d'énergie de très haut niveau. Est immédiatement produite une « onde de blast » à haute température et se déplaçant à une vitesse supersonique. Cette onde est amplifiée et réfléchiée par les éléments solides et les structures confinées (pièce, véhicule). L'eau, relativement incompressible propage parfaitement cette « onde de blast ». Cette onde se caractérise par sa vitesse de montée en pression, par le niveau de pression atteint, et sa durée. Les lésions primaires sont en relation avec cette onde, et tous les organes creux sont concernés. Les lésions secondaires sont dues à la pénétration de fragments et débris. Les lésions tertiaires sont induites par la projection de la victime. Les lésions quaternaires sont représentées essentiellement par les brûlures et lésions d'inhalation. ■

ACCIDENTS D'HELICOPTÈRES SANITAIRES EN ALLEMAGNE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE SIX ANS.

Jochen Hinkelbein, et al.
The Journal of Trauma.
2008; 64: 204-210.

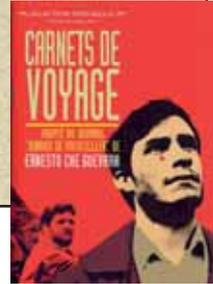
Chaque année, les hélicoptères sanitaires effectuent, en Allemagne, 80 000 missions. Les auteurs ont analysé les accidents en mission au cours de la période 1999-2004. Au total, 44 accidents de jours ont été relevés, dont 2 pour des missions de nuit. Ils ont été la cause de 7 décès. Par ailleurs, 4 passagers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

NDLR : Les accidents sont rarement du fait de la machine, mais de l'homme. Ils sont donc évitables. ■

Tu vas mourir, vieille María ,
Je veux te parler sérieusement :
Ta vie fut un rosaire entier d'agonies [...]

Tu vas mourir, vieille María ,
Les murs de la salle resteront muets
Même si la mort se conjugue avec l'asthme
Et copule amoureusement avec lui dans ta gorge [...]

N'implore pas le dieu indolent
Qui toute une vie a trompé ton espérance
N'implore pas clémence à la mort :
Ta vie horriblement habillée de faim,
S'achève habillée d'asthme [...]



Art et médecine

Méd Cmd Eric TORRES - Rédacteur en Chef

Qui a rédigé ces lignes (les cinéphiles pourront s'aider de l'affiche du film « Carnets de voyage » réalisé en 2005 par Walter Salles) ? Dans quel contexte écrit-il ce poème ? En quoi l'auteur était-il concerné par la problématique de l'asthme tant du point de vu professionnel que personnel ?

Ce poème a pour auteur un certain Ernesto Guevara de la Serna plus connu sous le nom de « Che Guevara ». Il s'agit d'un texte de jeunesse rédigé en référence à un épisode du fameux « Voyage à motocyclette » mis en image par le cinéaste brésilien Walter Salles.

TOURNANT CAPITAL

Durant ce périple de 4000 km à travers l'Amérique du Sud avec son ami biochimiste Alberto Granado, celui que l'on n'appelle pas encore « le Che » fait une étape forcée à Valparaiso (Chili) où sa moto rend l'âme. Il est alors conduit, en tant qu'étudiant en médecine, à tenter de soigner une vieille femme asthmatique qui décédera finalement devant lui. Révolté par les conditions de vie effroyables de la mourante il écrira à sa mère : « *Tant que durera un ordre des choses basé sur un esprit de caste, il n'est pas en mon pouvoir de soigner cette pauvre femme* ». Les nombreux biographes du Che, ne manqueront pas de voir dans la rencontre avec cette fameuse « Vieille Maria » un tournant capital de sa vie : le passage de son intérêt pour la médecine à la naissance de son engagement politique.

CONFRÈRE MÉCONNU

Derrière la figure emblématique du Che immortalisée, sous les traits du « Guerrillero Heroico » par l'image mondialement connue signée par le photographe cubain Alberto Korda Diaz, on oublie souvent qu'avant d'être un combattant, Ernesto Guevara était un médecin. C'est en effet en mars 1947, à Buenos-Aires, qu'il entreprend les études durant lesquelles il va se spécialiser en allergologie. Il obtiendra le titre de docteur en médecine en juin 1953, avec la mention « distinguado ». C'est d'ailleurs en tant que médecin qu'il embarque avec Fidel Castro en novembre 1956 à bord d'un petit yacht, le Granma, qui le mène le 2 décembre sur les côtes cubaines. C'est alors que commence, dans la Sierra Maestra, la guérilla contre les armées de Batista qui débouche à la prise de Santa Clara (31 décembre 1958), de Santiago de Cuba (1^{er} janvier 1959) et finalement à l'entrée triomphale dans La Havane le 8 janvier 1959, mettant à fin à la lutte contre la dictature de Batista. C'est peu après le débarquement à Cuba que le Che choisit d'abandonner son sac d'équi-

pement médical pour transporter une caisse de munitions abandonnée par un de ses compagnons en fuite. Par ce geste symbolique il renonce définitivement à la médecine pour se consacrer à la lutte armée : « *Peut-être était-ce la première fois que j'étais confronté au dilemme de ma dévotion à la médecine ou de mon devoir de soldat révolutionnaire. J'avais devant moi un sac à dos rempli de médicaments et une boîte de balles, les deux sont très lourds, j'ai choisi de prendre la boîte de balles, en laissant là les médicaments* ».

ASTHMATIQUE CÉLÈBRE

Ernesto Guevara n'avait cependant pas choisi d'étudier l'allergologie sans raison, étant lui même asthmatique ! Il semble que sa première crise remonte au 2 mai 1930, alors qu'enfant, il ait « pris froid » dans un bassin de natation. Malgré un déménagement de la famille à Alta Gracia, site touristique proche de Cordoba (Argentine), ses crises restent fréquentes. Elles sont traitées par des piqûres d'adrénaline et des inhalations. A cause de – et peut être même grâce – à son handicap, Ernesto Guevara se révèle rapidement un battant qui compense sa maladie par la pratique des activités physiques (rugby et natation notamment). Il précise toutefois qu'il avait toujours un nébuliseur à la main, se faisait lui-même des piqûres dans la cuisse et fumait des cigarettes antiasthmatiques. L'asthme restera d'ailleurs un élément qui emmaillera, parfois au travers de descriptions poignantes, ses grands récits : « *Le voyage à motocyclette* », « *Le second voyage à travers l'Amérique latine* », le « *Journal du Congo* » ou le « *Journal de Bolivie* ». Ainsi, le « *Guerrillero Heroico* » ne cessa jamais de se battre contre la maladie, jusqu'à ce jour d'octobre 1967 où il rejoignit la « *Vieille Maria* ». C'était un 9 octobre à La Higuera en Bolivie.

Quel que soit notre avis sur le personnage et sur ses idées on pourra à l'évidence le citer comme l'exemple d'un homme qui a réussi à dépasser ses propres limites et qui a montré que la maladie asthmatique ne peut suffire à contrecarrer le destin d'un homme. ■

MIRACLE DANS LA 66^{ÈME} RUE !

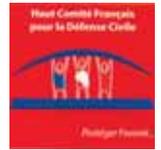
Plusieurs appels affolés arrivent au 911 de New York, ce matin-là. Une passerelle de laveurs de vitres vient de chuter. Les premiers secours arrivés sur place passent leur bilan : Un mort, un blessé grave, retrouvés dans les débris de la passerelle qui a chuté du 47^{ème} étage ! Le survivant est en état critique, après une stabilisation rapide il est amené au « Trauma Center ». Il est porteur de très nombreuses fractures, des membres, du thorax, et du rachis. Il saigne dans son abdomen. La sédation sera maintenue après la sortie du bloc opératoire et sera



poursuivie 15 jours. A l'arrêt de celle-ci, le patient recouvre progressivement la parole. Il sera transféré dans un centre de rééducation, qu'il quittera un mois plus tard, autonome.

Ce « miracle » est-il isolé. Plusieurs recherches dans la littérature signalent le cas d'Alan Magee, naviguant d'un B 17, dont l'avion a été abattu au cours d'un raid sur l'Allemagne. Il a survécu d'une chute de 22 000 pieds, après avoir percuté la verrière d'une gare. Mlle Vesna Vulovic, hôtesse d'un DC9 qui a explosé en vol le 26 janvier 1972 au-dessus de la Yougoslavie, a survécu à une chute de 33 000 pieds. Un jeune homme, à New York, a survécu à une chute de 19 étages, en 2002. Il n'existe pas d'explication rationnelle à ces survies « miraculeuses ». Il est certain que la vitesse d'un corps se stabilise à quelque 180 km/h après 2 ou 300 mètres de chute. A la limite, les lésions seront semblables que l'on tombe du sommet de la Tour Eiffel, ou de 10 000 mètres, mais elles seront dans les 2 cas (presque !) toujours fatales. ■

Informations Haut Comité Français pour la Défense Civile



Le Haut Comité Français Pour La Défense Civile œuvre depuis plus de 10 ans à améliorer les réponses qu'il est souhaitable d'avoir sur le plan national face aux menaces et crises. Il réunit experts et industriels en un réseau très cohérent, en contact permanent avec les plus hautes autorités de l'Etat. Il est présidé, avec un enthousiasme communicatif, par le Sénateur Paul Girod. Urgence Pratique, et 3SM-Mag font partie de ses correspondants.

UN LIVRE BLANC EST EN COURS D'ÉLABORATION. IL EST PORTEUR DE BEAUCOUP D'ESPOIR.

• Ce Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale annonce très clairement que le réseau Internet devra être considéré comme une infrastructure vitale et un effort important devra être mené pour améliorer sa résilience. Pour renforcer la cohérence et la capacité propre des moyens de l'État, une agence chargée de la sécurité des systèmes d'information sera créée, annonce le Livre blanc. Cette agence ne sera pas créée ex nihilo. Elle sera une émanation de la Direction centrale de la sécurité des systèmes d'information, créée en 2001, qui dispose déjà d'un effectif de 110 personnes. Elle rendra des comptes directement auprès des services du Premier ministre et du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale.

• Dans l'histoire de la V^e République, les Livres blancs ont été le cadre doctrinal et le socle capacitaire à partir duquel les lois de programmation militaire se sont faites. Le Livre blanc de 1972 a été celui de la dissuasion, celui de 1994 a été celui de la projection et de la professionnalisation, et le Livre blanc de 2008, sera celui de la connaissance et de l'anticipation « François Helbourg, membre de la Commission du Livre Blanc de la défense et sécurité nationales (entretiens dans le Monde du 18 juin 2008).

OÙ IL EST QUESTION DE RADIOACTIVITÉ

L'Agence nationale pour la gestion des déchets radioactifs (Andra) a été chargée, début juin, par le ministre de l'écologie, Jean-Louis



Usine AZF. Photo B. Joly/SAMU31.

Borloo, de lancer un appel à candidatures auprès des maires afin d'identifier les municipalités volontaires pour accueillir un centre de stockage de déchets radioactifs de faible activité à vie longue (FAVL). Les déchets de types radifères, contenant des isotopes du radium, issus d'activités nucléaires, représentant 70 000 m³ sont actuellement entreposés sur les sites du Commissariat à l'énergie atomique (CEA) et chez des producteurs industriels comme Rhodia et Cézus Chimie.

RISQUE NATUREL

Le Centre Européen de Prévention du Risque d'Inondation fournit aux élus locaux des conseils de spécialistes sur la manière d'aborder la problématique du risque d'inondation. Plan local d'urbanisme, carte communale, permis de construire, certificats d'urbanisme... autant de thèmes concrets pour donner un cadre et accompagner le maire face aux questions d'urbanisme. Ce guide traite de la réalité du terrain et rappelle pourquoi il est important de prendre conscience du risque d'inondation afin d'adapter les règles d'urbanisme. Il donne des éléments de méthode en s'appuyant sur des exemples précis.

SÉCURITÉ INDUSTRIELLE

La compagnie américaine Core Security Technologies affirme que des pirates informatiques

pourraient facilement prendre le contrôle d'usines de traitement des eaux, de pipelines de gaz naturel et autres installations du genre, en raison de failles dans les logiciels qui contrôlent ces installations. Ces grandes installations publiques sont souvent gérées par un logiciel de la société Citect, appelé CitectSCADA. Pour pouvoir être détourné par des pirates, il faut que le logiciel en question soit relié à l'Internet, une mesure interdite par l'industrie, mais qui se produit, néanmoins, à l'occasion.

FORMATION

Le Haut comité français pour la défense civile via son organisme de formation HCFDC Services, organise des formations à la sécurité globale : Stages NRBC, Ateliers pratiques NRBC, Formation gestion de crise « quelle interface public-privé », Formation CD « Menaces et modes opératoires terroristes ». Ces formations permettent de compléter les travaux de réflexion que mène le Haut comité dans le cadre des séminaires qu'il organise régulièrement en offrant aux stagiaires une formation plus approfondie, plus pratique, et sanctionnée par une attestation de stage dans le cadre de la formation permanente. ■

Informations complémentaires : www.hcfdc.org
Contact pour les colloques : hcfdc@hcfdc.org

Gestion des voies aériennes en urgence

Comparaison de 5 dispositifs supra-glottiques

L. TRITSCH, Y. DURRMANN*, D. ROHMER*, JL. KIEFFER*, C. HIS*, M. FRANTZ*. 3SM - SDIS 67
N. MEYER - DIM, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Les recommandations internationales 2005 de prise en charge de l'ACR stipulent que l'intubation orotrachéale constitue « la référence » en matière de sécurisation des voies aériennes.

Les objectifs de l'intubation orotrachéale sont bien ciblés :

- permettre une ventilation contrôlée efficace grâce à l'étanchéité du ballonnet,
- protéger les VAS contre une régurgitation grâce au blocage par le ballonnet,
- permettre l'administration de médicaments par voie endo-trachéale,
- permettre la désobstruction par aspiration trachéale

Pour autant l'intubation laryngoscopique reste une technique d'apprentissage et de mémorisation difficile qui s'accompagne d'une morbidité élevée entre des mains peu entraînées.

MÉTHODOLOGIE

L'étude sur mannequin vise à déterminer un classement dans la maniabilité des dispositifs supra-glottiques. 40 infirmiers ont réalisé les manipulations sur mannequin Laerdal dans 5 ateliers distincts. L'ordre de passage aux différents ateliers était aléatoire. Les dispositifs étaient répartis en 3 groupes :

- groupe des obturateurs œsophagiens (combitube, tube laryngé)
- groupe des masques laryngés (ML standard, ML Ambu)
- groupe des dispositifs d'intubation (ML Fastrach)

L'évaluation a porté sur des paramètres quantitatifs (nombre de tentatives, délai) et sur des para-

mètres semi quantitatifs ou qualitatifs à 2 et 3 classes.

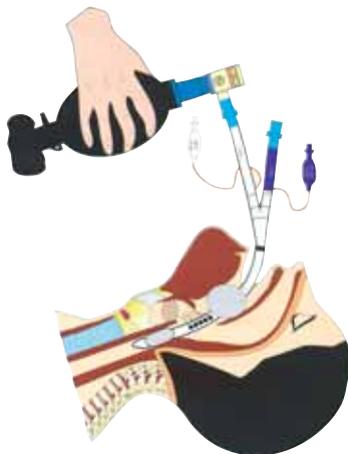
RÉSULTATS

Le résultats de notre étude sont consignée dans le tableau ci-dessous.

CONCLUSION

Les poses des combitubes, tubes laryngés et masques laryngés sont rapides mais les fuites sont fréquentes et importantes. Ils n'assurent aucune protection contre les régurgitations. La maîtrise du masque laryngé « classic » nécessite un apprentissage long.

La pose du Fastrach® est initialement plus longue (2 phases) mais procure une bonne étanchéité et une protection des voies aériennes grâce à l'intubation. Son apprentissage est rapide. ■



Combitube®



Fastrach®



Masque laryngé



Tube laryngé.

	Nb tentatives	Délai (sec)	Défaut d'ampliation	Fuites	position œsophagienne
Combitube (C)	1,13 +/-0,33	56 +/-22,3	0,18 +/- 0,45	0,68 +/-0,69	constante
Tube laryngé (TL)	1,08 +/- 0,27	33,3 +/-22,3	0,28 +/- 0,55	0,83 +/-0,67	0,03 +/-0,16
ML classic (MLC)	1,33 +/- 0,57	58,6 +/-32,3	0,68 +/- 0,86	1,05 +/-0,78	0,05 +/-0,22
ML Ambu (MLA)	1,10 +/- 0,30	50,7 +/-13,3	0,70 +/- 0,85	0,90 +/-0,78	0
Fastrach (MLF)	1,80 +/- 0,65	58,7 +/-35,8	0,03 +/- 0,16	0,10 +/-0,30	0,03 +/-0,16
Classement positif	TL>MLC>MLF	TL>MLF>MLA	MLF>C>TL	MLF>C>TL	MLA>MLF=TL
Test	Friedmann	Friedmann	Friedmann	Friedmann	Cochran
Résultat	Ki2=28,055	Ki2=31,229	Ki2=44,309	Ki2=79,920	Q=8,222 (n.s.)

Etude PROSPECTIVE

ÉVALUATION DE LA RÉGULATION PRÉHOSPITALIÈRE ET PRISE EN CHARGE INITIALE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS GRAVES DANS LA RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE.

Etude prospective, multicentrique.

G. Bouhours et al.

AFAR 27 (2008) 397-404

L'objectif de l'étude était d'évaluer la prise en charge préhospitalière et des 24 premières heures des traumatisés crâniens graves dans la région concernant les auteurs. Ont été recensés 125 patients dont le score de Glasgow était inférieur ou égal à 8. Il s'agissait de patient en moyenne jeunes (37±20 ans, presque essentiellement des hommes (4/1), si 53% étaient polytraumatisés, 92% ont été initialement intubés. Le temps de médicalisation se révèle égal, en moyenne à 54 min. (±28), avec un délai d'admission à l'hôpital de 1h55 (!)(±48min.). Il faut noter que 47% des patients admis en hôpital général étaient retransférés. Des dysfonctionnements ont été notés dans 21% des cas, notamment lors de l'intervention SMUR (32%), de la disponibilité du SMUR (20%), de l'alerte du SMUR (16%), et dans 12% des cas avant l'arrivée du SMUR. Les auteurs ont relevé l'absence d'utilisation de mannitol, malgré une mydriase, et l'absence de transfert d'image vers la neurochirurgie. Les recommandations étaient ainsi peu suivies, y compris dans l'usage des amines pressives. Les auteurs concluent en la nécessité d'une optimisation de la formation des médecins transporteurs.

NDLR : Les délais de près de 2 h, et parfois 3 h, semblent incompatibles avec la densité hospitalière. Ne faut-il pas préconiser la technique du « rendez-vous » comme cela est pratiqué dans de nombreux pays. Les secouristes commencent à faire route vers le SMUR, et n'attendent pas son arrivée. Les délais avant l'hôpital seront ainsi facilement réduits de moitié.



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*

Les secours socio psychologiques et la Fédération Nationale de Protection Civile

Médecin Colonel Françoise NICOL-ROY. Vice Présidente de la Fédération Nationale de Protection Civile. Chargée des Premiers Secours Socio Psychologiques.

Il n'est plus à démontrer l'importance de la formation aux Premiers Secours Socio Psychologiques que la Fédération Nationale de Protection Civile a mis en place dès 1997, à la demande du Professeur Louis Lareng, son président, et validée par le Professeur L. Crocq Président du Comité National des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP).

Ainsi, avec la réforme du secourisme, un chapitre sur la prise en charge des détresses psychiques a été intégré en 2007 au niveau du PSE2. Les autorités publiques l'ont bien compris : dans notre société, il est inacceptable de ne rien faire ou d'improviser en présence de détresses psychiques. Il est de plus en plus évident que

ces interventions à caractère psychosocial, doivent être préparées, coordonnées et structurées à l'avance.

L'aide aux victimes de catastrophes, en dehors de l'urgence vitale à la phase aiguë, donc

de besoins de matériels et médicaux, passe de la phase de transition puis de long terme, par des besoins en secours psychologiques et en particuliers par des besoins socio-psychologiques : du soutien, de l'écoute... en deux mots : de l'humanité et de la solidarité. Cela permet de faire comprendre à la victime qu'elle n'est pas oubliée, abandonnée du monde, que la société est là pour l'aider, pour lui redonner le goût de vivre ou de revivre, qu'il y a un après.

FORMATION À L'ÉCOUTE

Le sauveteur doit être un bon technicien, mais aussi être formé à l'écoute, à l'accompagnement et à la gestion du stress et du trauma : c'est le principe de la formation aux Premiers Secours Socio-Psychologiques (PSSP) mise en place par la FNPC.

Les objectifs de toutes les formations aux PSSP, élaborées avec l'aval du Médecin Général

L. Crocq depuis 1997, permettent aux intervenants d'acquérir la capacité à reconnaître le blessé psychique, en déduire la conduite à tenir, savoir attendre l'arrivée des spécialistes et leur confier, reconnaître ses propres signes de stress et savoir comment le contrôler et reconnaître les signes du stress chez les coéquipiers, savoir comment les aider

Ces formations se font à 3 niveaux :

- Niveau formateur participant à cet enseignement : 30 heures

- Niveau sauveteur intervenant secouriste ou contribuant au soutien des

populations sinistrées : 6 heures

- Niveau sauveteur en mission extérieure ou de longue durée : +3 heures

EXPÉRIENCE DE TERRAIN

Forte de l'expérience de terrain, les enseignements dispensés par la FNPC se sont enrichis de la mise en place de formations spécifiques socio psychologiques au niveau des cadres opérationnels qu'ils soient : nationaux, régionaux ou départementaux.

Il faut aussi noter l'investissement dans les missions sociales nouvelles que sont d'une part celles de l'assistance aux personnes en grande difficulté et liées à l'évolution de la société comme les plans grand-froid, et d'autre part de l'assistance aux populations qui demandent une prise en charge psycho-sociale comme dans l'exercice sur la pandémie grippale (la Courtine, novembre 2007).

Les objectifs de ces formations montrent bien que l'aide socio-

psychologique relève d'une intégration pleine et entière au sein d'un réseau de secours.

UN NOUVEAU MAILLON

Ces intervenants professionnels sont un relais par rapport à une structure médicalisée : ils sont le maillon indispensable dans la chaîne des secours et doivent être intégrés dans un réseau en particulier au sein des secours médico-psychologiques, et en collaboration étroite avec des professionnels de santé.

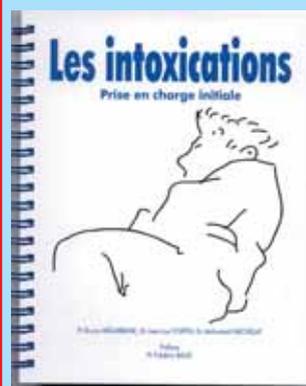
Face à la souffrance et à la mort d'autrui, tout intervenant a une tâche à accomplir dans l'urgence ; il reçoit des réactions émotionnelles intenses : réactions de surcharge psychique ou réactions de stress.

Au congrès de Carcassonne en 2003, les intervenants avaient insisté sur la vulnérabilité des sauveteurs en situation de crise majeure ; « montrant que les sauveteurs occasionnels étaient plus touchés que les sauveteurs expérimentés ; Cette vulnérabilité était en rapport avec un stress et un trauma psychique liés au caractère agressif d'une situation, qu'elle touchait tous les niveaux de la hiérarchie, et était fonction de la gravité et de la répétitivité des situations ».

Il est donc évident qu'il faille prendre en compte cette vulnérabilité du sauveteur engagé et qu'il faille le préparer en établissant des principes de prévention :

L'informer des risques potentiels tant au niveau physique qu'au niveau de la détresse psychique d'une victime, en situation d'exception comme au quotidien. Lui apprendre les conditions de travail sur le terrain, l'organisation

Vient de PARAÎTRE



LES INTOXICATIONS

Prise en charge initiale

Pr Bruno Megarbane, Dr Jean-Luc Fortin, Dr Mohamed Hachlaf. Préface par le Pr Frédéric Baud.

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

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

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

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

Format : 140 x 180 mm

104 pages couleurs reliées par spirale métallique.

Prix : 17,50 € (port inclus)

Commande :

www.urgence-pratique.com

Rubrique : boutique

des secours en situation d'exception, son intégration dans les dispositifs de secours. Exprimer clairement ce que l'on attend de lui : sa place dans les secours. Lui permettre d'appréhender le désarroi, la souffrance, la mort, le deuil tant au quotidien que dans l'exception. L'amener à reconnaître que la bonne volonté ne suffit pas, qu'il faut savoir aussi se protéger. Intégrer le principe d'identification et s'en préserver et lui faire prendre conscience qu'il est essentiel de se connaître et de connaître ses limites.

1.000.000 FRANÇAIS ONT UN DOSSIER PHARMACEUTIQUE !

Le Dossier pharmaceutique (DP) est un outil professionnel des pharmaciens d'officine qui sécurise la dispensation des médicaments lorsque le patient s'approvisionne dans plusieurs pharmacies. En décidant la création d'un DP à son nom, le patient permet aux pharmaciens chez qui il se rend de connaître l'ensemble des médicaments (prescrits ou non) qui lui ont été délivrés au cours des quatre derniers mois dans n'importe quelle officine de France équipée pour le DP.

Le DP offre une vue d'ensemble qui permet au pharmacien :

- de déceler les risques de redondances ou d'interactions ;
- d'améliorer son conseil ;
- de faciliter le suivi thérapeutique.

À terme, il permettra aussi :

- d'alimenter le volet médicaments du futur Dossier Médical Personnel (DMP) ;
- de faciliter l'information et l'action immédiates des pharmaciens en cas de retrait d'un lot de médicaments ou d'une autre alerte diffusée par les Autorités de santé.

Le DP comporte uniquement l'identification du patient et de ses médicaments. Il ne mentionne ni le prix de ces derniers, ni les médecins qui les ont éventuellement prescrits, ni les pharmaciens qui les ont dispensés.

Seuls les pharmaciens d'officine et les professionnels habilités par la loi pour les seconder ont accès au contenu du DP.

Le financement du dispositif est assuré par les pharmaciens eux-mêmes, par leur cotisation obligatoire à l'Ordre. Des subventions ont également été obtenues auprès d'organismes officiels : le GIP DMP (Groupement d'Intérêt Public - Dossier Médical Personnel) et le FIOCS (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

A ce jour, plus d'un million de français ont déjà un Dossier Pharmaceutique !

L'intervention du n°

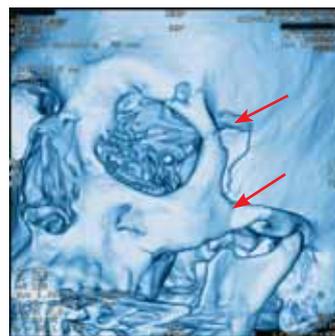
Dr Jean-Claude DESLANDES - SDIS 30.

Il pleut sur les Cévennes. C'est bon pour les champignons. C'est bon aussi pour ceux qui font œuvre de secours. Effectivement, le portable sonne. « Es-tu libre pour intervenir sur un accident route du Vigan ? ». Le temps de courir vers la voiture rouge au gyrophare bleu*, et la médecine sapeur pompier, représentée par votre serviteur, s'en va accomplir avec foi, enthousiasme, et bonne humeur sa mission (que d'aucuns lui contestent) de secours à personne. Le virage

emboutir la R9 (important le type du véhicule) d'un des dentistes du coin plutôt pas pressé, lui, d'aller se pencher sur des caries. Un rapide état de la situation permet de se rendre compte d'une forte inégalité de chances. La dame à la voiture neuve s'en sort avec une cervicalgie. Le dentiste roulant dans une vieille voiture sans coussins gonflables a eu le plaisir de voir son tableau de bord et son volant venir à la rencontre de sa mâchoire et de son thorax. Bilan



scanner mettra en évidence, des fractures de côte, un magnifique pneumothorax gauche... et une petite lame à droite. Notre dentiste est passé près d'une exsufflation sur site ! L'écaïlle du temporal est brisée en plusieurs endroits. Un épanchement sphénoïdal signe la souffrance locale. La branche montante du maxillaire est aussi rompue. La morale de cette petite histoire est qu'à l'évidence, avec une voiture récente dotée de coussins gonflables, notre dentiste aurait pu, dès l'après-midi, retrouver son fauteuil à roulette. En bref, la ceinture c'est très bien, mais si l'on rajoute des bretelles, c'est encore mieux. ■



Fracture orbitaire et de l'écaïlle du temporal.



PNO complet et (flèche) lame controlatérale !

où se situe l'accident est tristement réputé. En vingt ans, pas moins de 6 personnes sont décédées là, et l'on ne compte plus les blessés, ni les sorties de route. Le rayon particulier du virage et une brutale modification d'adhérence par temps de pluie font perdre le contrôle de leur véhicule à bien des conducteurs, distraits, ou présomptueux quant à leurs capacités. En l'occurrence, une jeune femme (pressée de rejoindre l'amour de sa vie ?) est partie dans un grand travers pour venir

du traumatisme. Un fracas facial avec belle et large ouverture de la lèvre inférieure et un vrai traumatisme du thorax avec forte diminution du murmure vésiculaire à gauche. Il est conscient, me reconnaît et me salue (oserais-je dire du bout des lèvres ?). Merci. La tension reste stable à 13/7 durant toute la désincarcération effectuée comme à la parade par les SP du Vigan et de Ganges. Mise en place du KED, planche, tout est parfait. L'extraction se fait sans douleur grâce à 50 µg de Fentanyl®. Le

*Plutôt bleu pâle, le gyrophare par ces temps de remise en cause des MSP cévenols. Figurez-vous que, malgré la présence (active) de 5 médecins SP, de celle d'un urgentiste à la clinique, toujours là en recours ; malgré un potentiel local de 30 médecins libéraux ; malgré la proximité du CHU (20 minutes par la route); malgré la disponibilité de trois (!) hélicoptères médicalisés, et (the least but not the last) malgré qu'il n'y ait, en moyenne, que 3 à 4 interventions vraiment urgentes et graves par mois, le Directeur de l'ARH, poussé par certains ne supportant pas l'activité, même minime, des médecins SP, vient de décider l'implantation d'un SMUR ! Vrai ! Plusieurs centaines de milliers d'Euros dépensés pour que des confrères passent leurs journées à regarder la télé. Un SMUR supplémentaire n'aurait-il pas été plus utile au CHU, toujours à court de moyens ? Sûrement, mais là, mon cher confrère vous parlez intérêt de la victime, et non intérêt politique.... qui est le vrai sujet !



Le casque et la plume

« *Fluctuat Nec Mergitur* »

Le référentiel quadripartite confirme l'analyse que nous avons faite mais n'apporte pas forcément les réponses qu'attendait le 3SM. Certaines avancées vont faciliter le travail des sapeurs pompiers. C'était la moindre des choses. En réalité rien n'est acquis et dans certains départements il faudra plus qu'un arrêté interministériel

pour que son application ne lèse pas certains intervenants.

Il faut espérer que le 3SM aura un rôle plus actif en particulier grâce à la reconnaissance des infirmiers dont l'activité opérationnelle s'avère souvent indispensable.

Cependant elle ne résume pas nos possibilités de secours et ne doit pas déprécier l'action des médecins au risque d'être récupérée et de se retourner contre le 3SM.

Pour les médecins sapeurs pompiers le référentiel est un remède qui peut s'avérer pire que le mal. Il ne nous confère pas plus de légi-



limité opérationnelle. La baisse de la démographie médicale a été un argument souvent invoqué mais elle n'explique pas à elle seule le déclin de notre implication opérationnelle. Une analyse préalable chez les médecins sapeurs pompiers, en particulier en milieu rural, aurait démontré que notre participation était un facteur de stabilité démographique et de qualité des interventions.

Nous savons qu'il s'agit d'une crise de confiance due à une insuffisance de reconnaissance de nos compétences malgré des discours qui cherchent à abon-

der dans le médicalement correct. Alors que nous multiplions les formations et autres congrès ; où on nous dit qu'il faudrait être à notre image ; alors que notre proximité est louée comme un atout essentiel ; dès qu'une intervention nécessite une médicalisation nous risquons n'être encore

qu'un relais et nous devons tenter de nous intercaler entre l'engagement préalable d'un infirmier et l'envoi systématique du SMUR.

Il faudra donc veiller particulièrement à ce que nous soyons bien intégrés dans la cartographie des SDACR mise en cohérence avec les SROS, au règlement opérationnel arrêté par les préfets et qu'il en soit tenu compte. Dans le cas contraire notre utilité pourrait devenir si limitée qu'elle entraînerait notre disparition comme intervenant des secours. Nous étions des supplétifs alors ne devenons pas des sous traitants au risque de raréfier davantage notre implication et d'épuiser le volontariat. L'emploi massif d'infirmiers ne résoudra pas la démographie médicale et l'engagement trop restrictif des médecins sapeurs pompiers les détournera du secours à personne. Nous n'avons pas démérité. Nous sommes nombreux à prouver quotidiennement que notre médicalisation n'est pas si facilement dissociable des secours.

Notre engagement signifie que le 3SM a vocation à rester au cœur du secours à personne. Il flotte mais ne coule pas.

Médecin Capitaine Denis MARTY
SDIS24

Infirmiers et changement de cap

Je ne sais pas si le référentiel qui est sorti en juin dernier, suite à la commission quadripartite, donne satisfaction à SAMU de France.

En tous cas, la sortie du référentiel sur les infirmiers d'urgence qui propose ce syndicat, avec la SFMU qui n'en est somme toute qu'une expression déguisée, m'interroge.

FAILLES ET ARGUTIES

Certains de nos confrères hospitaliers, d'après ce que je crois savoir, ont bataillé ferme et tenté par tous les moyens de trouver failles et arguties juridiques qui auraient pu permettre d'empêcher nos infirmiers de mettre leurs compétences au service des victimes.

Ne pouvant y parvenir, ils ont tout à coup pris conscience que les infirmiers avaient une place dans l'urgence !

Pour fixer les choses et donner un support scientifique à leur action, la SFMU a produit ce document, qui se veut une référence. Ce changement de cap est pour le moins surprenant !

HORS L'UNIVERSITÉ POINT DE SALUT

On découvre à travers ce texte que le 3SM n'a pas les compétences pour enseigner à ses troupes et que seule l'Université et en particulier les urgentistes hospitaliers peuvent le faire. Ben voyons ! Il faut rappeler que cette discipline est une très jeune spécialité, et que nombre de MSP sont anesthésistes réanimateurs.



NON AU MONOPOLE

Il y a chez nous de grandes compétences en médecine d'urgence. Il faut les regrouper, et décider nous même du niveau de formation de nos médecins et infirmiers au travers de notre propre société scientifique, encore à venir, en appui de notre école nationale.

La SFMU n'est pas la seule société savante en ce domaine et surtout est-elle la seule représentative de l'urgence en France ? Les situations de monopole sont toujours, à terme, réductrices.

Médecin Colonel Michel BLANCHE
Médecin Chef SDIS 44

Para MEDICS

CHEZ NOS COUSINS !

La Revue Urgence Pratique est partenaire de notre confrère « Trauma », qui est le seul magazine francophone du milieu pré-hospitalier en Amérique du Nord. Cette publication spécialisée, conçue par nos cousins québécois, traite essentiellement d'un sujet qui nous est cher : le milieu pré-hospitalier et sa traumatologie.

Dans le Comité de Rédaction vous retrouverez certains de nos auteurs talentueux.

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 3 : La professionnalisation, la formation et le registre. Radiocommunications. Sondage sur les centres de communication santé. Hypothermie thérapeutique post ACR. Les établissements d'enseignement Québécois du programme de soins préhospitalier d'urgence...

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

4^{EMES} JOURNÉES NATIONALES DES INFIRMIERS DE SAPEURS-POMPIERS

Clermont Ferrand
17 & 18 octobre 2008
Vendredi 17 octobre



RETEX NATIONAL PISU SSSM.
Gestion des VAS et AIRTRAO.

SSO: des médicaments per-os aux protocoles « lourds ». Gestion des pauses, relèves et alimentation – hydratation. SSO et médecine de prévention.

Séance plénière : Actualités sur le comité quadripartite

Le réseau ANTARES et le SSSM. Le RAD 57. Intérêt de la capnographie pour l'infirmier sapeur-pompier. Planche à masser: expérience d'un SDIS.

Samedi 18 octobre

L'infirmier au sein du BMPM
Intégration de l'infirmier du BMPM au sein de l'Unité Médicale d'Intervention Maritime (U.M.I.M). Protection juridique de l'infirmier sapeur-pompier. Arrêt des manoeuvres de RCP hors présence médicale – place de l'ISP. Protection sociale. Difficultés de la pédiatrie en soins infirmiers préhospitaliers. Intégration de l'Infirmier SP dans la chaîne de commandement. Place de l'ISP (hors IADE) dans l'intubation en pré hospitalier.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ANISP (Réservée aux membres)
www.infirmiersapeurpompier.com

BMPM

Les DVDs des FMC des jeudis de l'urgence du BMPM 2006/2007 et 2007/2008 sont disponibles au prix unitaire de 15 euros.



Commande & infos:

lesjeudisdelurgence@bpm.gov.fr
Envoi DVD après réception du chèque libellé à l'ordre des « jeudis de l'urgence » :
«Les Jeudis de l'Urgence»
137 bd de Plombières, BP207
13303 Marseille cedex 3

Les catastrophes célèbres

Dr Jean-Cyrille PITTELOUD - Rédacteur en chef Urgence Pratique Suisse

Ce mois-ci, nous avons choisi de vous présenter deux catastrophes célèbres, parce qu'elles illustrent particulièrement bien l'évolution des aspects de prévention, de secours et de gestion de crise. Comme le disait un sage, ceux qui ignorent le passé sont condamnés à le revivre...

LA TRAGÉDIE DU CINQ-SEPT

Nous sommes à la veille de la Toussaint, le 1^{er} novembre 1970 à Saint Laurent du Pont, petite ville du département de l'Isère. C'est la France des cheveux longs et des « pattes d'éph » et, si les jeunes ne fêtent pas encore Halloween, cela ne les empêche pas de sortir en boîte. Et ce soir là, la destination de choix est le « Cinq-Sept », un dancing très apprécié des jeunes de la région. Des Bus navettes, y amènent des fêtards de plusieurs villes voisines. Il y a cependant un problème. Situé en bordure de la route départementale à 1 kilomètre de la petite ville (un détail qui a son importance à l'époque où il n'existait pas de téléphone portable), ce dancing n'a jamais reçu l'autorisation formelle d'exploitation, et pour cause. Les travaux de finition ont été faits à l'économie, en partie par les gérants eux-mêmes, certaines conduites de chauffage sont entourées de contreplaqué et l'entrée est fermée par deux énormes tourniquets en acier. Pour couronner le tout, exaspérés par le nombre de resquilleurs, les gérants ont fait cadenasser les issues de secours, en se disant qu'on pourrait toujours aller les rouvrir au cas où... Bref, ce soir là, deux des trois gérants se sont enfermés avec 180 clients dans un énorme piège à feu, qui va fonctionner avec une horrible efficacité.

Il est 1h45 quand un incendie se déclare, et s'étend très rapidement au plafond et aux décors en plastique. Les danseurs paniqués se précipitent vers la sortie, et se heurtent aux solides tourniquets d'acier qui se bloquent instantanément sous la poussée (Ils résisteront à la poussée d'une centaine de personnes). Alors que le plastique en fusion commence à tomber du plafond sur les fuyards, d'autres se heurtent aux issues de secours cadenassées, et finissent par réussir à enfoncer une

porte et à s'échapper. Mais l'appel d'air achève d'embraser l'intérieur du dancing –« comme une boîte d'allumettes »– dira un témoin. Les quelques rescapés ne peuvent que courir vers la ville endormie pour donner l'alerte. Lorsque les pompiers arrivent sur place, le dancing achève de se consumer sur les corps des victimes. Parmi quelques trente rescapés, six victimes gravement brûlées sont amenées au petit hôpital de la ville (quatre d'entre elles mourront les jours suivants au centre des grands brûlés de Lyon). Devant l'ampleur de la catastrophe, les autorités décident d'attendre le jour pour procéder au dégagement des victimes. Le bilan : cent quarante-six morts, en immense majorité âgés de moins de 20 ans, ce qui en fait la pire tragédie qu'ait connue la France de l'après-guerre.

Le pays entier est sous le choc, et

l'enquête révèle rapidement que le dancing fonctionnait depuis sept mois sans autorisation officielle. Le maire de la ville et le préfet de l'Isère sont immédiatement suspendus. Lors du procès, le maire de la ville et les responsables des travaux seront condamnés à des peines de prison avec sursis, tandis que le gérant, qui avait admis avoir cadenassé les issues de secours écoperà lui d'une peine de prison ferme. Et surtout, la tragédie du cinq sept provoquera une intense réflexion sur la sécurité dans les établissements publics. Aujourd'hui en France, la sécurité dans les « ERP » (Etablissements recevant du public) est régie par des lois très strictes sur l'agencement et le nombre des issues de secours ainsi que les matériaux utilisés, et les portes utilisées dans ce genre d'établissement font l'objet de normes Européennes.

La matrice de Haddon appliquée à l'incendie de St Laurent Du Pont.

	Hôte	Agent	Environnement
Avant l'accident			Les issues de secours sont verrouillées
Pendant l'accident		Pas de dispositifs d'extinction	Les tourniquets se bloquent sous la pression de la foule
Après l'accident			Alarme tardive des pompiers

La matrice de Haddon, ou la prévention en forme de Sudoku...

Développée dans les années 1960 par William J Haddon, la matrice qui porte son nom se base sur la notion classique du triangle de la maladie, avec les trois paramètres : hôte, agent et environnement. William Haddon eut l'idée de combiner ces trois paramètres avec les trois phases pré-événement, événement et post-événement, pour

créer un tableau qui permet de traiter de façon systématique tous les aspects de la prévention. Plus les cases sont remplies, plus il y a de possibilités d'action. Essayez de l'appliquer aux deux accidents décrits dans ce numéro, et vous verrez que c'est aussi passionnant qu'un Sudoku...et plus utile !

	Hôte	Agent	Environnement
Avant l'accident			
Pendant l'accident			
Après l'accident			

DES MATIÈRES DANGEREUSES À UN ENDROIT DANGEREUX : LA CATASTROPHE DE LOS ALFAQUES

Nous sommes le 11 juillet 1978, dans la province de Tarragone, au Sud de Barcelone. C'est l'été, et les touristes se pressent au bord de la mer tout le long de la « Costa Dorada ». C'est le cas dans un camping situé entre la mer et la route nationale 340, dans la commune de San Carlos De La Rapita. Un millier de touristes en majorités allemands et français profitent du soleil au milieu de leurs caravanes, alors que la capacité officielle du camping est de 260 personnes. Ce camping porte un nom qui va devenir tristement célèbre : Los Alfaques.

Or, il se trouve que depuis de nombreuses années, la route nationale bordant le camping est empruntée par les camions citernes des raffineries de Tarragone, qui ont pour ordre d'éviter le péage de l'autoroute. De plus, les mesures de sécurité sur ces camions laissent fortement à désirer : les citernes ne sont pas équipées de soupapes de surpression et beaucoup des chauffeurs n'ont pas suivi de formation sur les transports de matière dangereuses. Ainsi, ce 11 juillet 1978, le chauffeur qui quitte la raffinerie à 12h05 avec un chargement de 25 tonnes de propylène ignore que son camion citerne et sa remorque transportent 4 tonnes de plus que la charge normalement prévue.

Deux heures plus tard environ, alors que le camion roule sur la route nationale à la hauteur du camping, il se déporte soudainement sur la gauche et va heurter le mur qui le sépare du camping. Le contenu des deux citernes explose alors avec une vio-

lence inouïe, rasant tout dans un rayon de 300 mètres et projetant sur le camping une boule de feu de plus de 1000°C, qui fait exploser à son tour les bonbonnes de gaz et les réservoirs d'essence des voitures. En quelques secondes, le camping devient un enfer de flammes où les vacanciers surpris par le feu essaient de se jeter dans la mer toute proche. Les premiers témoins arrivés sur place découvrent un spectacle dantesque : le camping est calciné sur plusieurs centaines de mètres, et des dizaines de corps carbonisés jonchent le sol, tandis que plus de deux cents victimes gravement brûlées appellent à l'aide.



Joachim Bertrand / DDSC.

Les blessés étant tout d'abord évacués par véhicules privés vers les hôpitaux les plus proches (les premières ambulances mettront 45 minutes à rejoindre le lieu du sinistre) puis par ambulance et hélicoptère vers les cliniques de Valence et de Barcelone, sont bientôt dispersés dans les hôpitaux de la région dans le désordre le plus total. La présence parmi les rescapés de nombreux enfants ne parlant évidemment pas un mot d'es-

pagnol ajoute encore au chaos ambiant.

L'aide internationale s'organise rapidement mais de façon tout aussi anarchique. Quinze heures après la catastrophe, les deux aéroports les plus proches sont déjà encombrés par les avions et hélicoptères, au point que certains se poseront sans autorisation... Sur le tarmac des aéroports, les équipes étrangères sont confrontées à un problème inattendu : les rares ambulances de la région sont déjà toutes occupées, (il faudra en faire venir de France voisine) et les médecins qui ont fait le tour des hôpitaux reviennent avec un diagnostic sans appel : la plupart des victimes, souvent brûlées à plus de 90% sont intranportables. L'aide internationale aura plus brillé par sa rapidité et son dévouement que par son organisation...

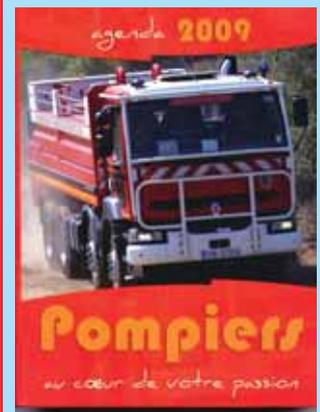
Au total, on dénombre 217 morts et plus de 200 grands brûlés. De plus, les autorités sont confrontées à un véritable cauchemar médico-légal. Plus de 200 corps calcinés de vacanciers (qui ne portaient souvent qu'un costume de bain) gisent dans les ruines du camping. Il faudra plusieurs semaines de travail aux enquêteurs, qui réussiront finalement à identifier toutes les victimes, une performance remarquable à une époque où les analyses ADN étaient encore du domaine de la science fiction. A la suite de cette tragédie, six responsables de l'entreprise de transports et de la raffinerie seront condamnés à des peines de prison, et une loi interdisant le transport de matières dangereuses dans les zones habitées sera votée en Espagne.

Au chapitre de la petite histoire, une émission de la télévision espagnole (« Cuarto Milenio ») a récemment rapporté un fait curieux : plusieurs automobilistes, roulant de nuit sur la route où se trouvait le camping affirmaient avoir croisé sur la route un groupe de personnes immobiles, regardant fixement en direction de la plage, et qui auraient soudainement disparu... Tient-on une nouvelle légende urbaine, ou les automobilistes espagnols ont-ils trop regardé « Supernatural ?

La matrice de Haddon appliquée à l'accident de Los Alfaques

	Hôte	Agent	Environnement
Avant l'accident	Camping contient trois fois plus de personnes que prévu	Citerne sans soupape de sûreté, camion surchargé	Route passant trop près du camping
Pendant l'accident		Explosion de bonbonnes de gaz dans le camping	
Après l'accident			Secours trop lents et mal organisés

Editions



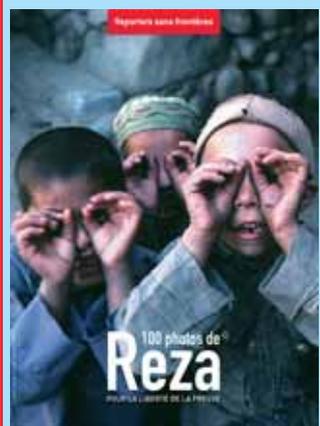
AGENDA 2009 : AU COEUR DE VOTRE PASSION

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

Que vous soyez passionnés ou nostalgique, cet agenda accompagnera vos journées en les agrémentant de Quiz, de brèves (échos de la sirène) et de photos couleurs et noir et blanc.

Format : 150 x 210 mm
 Prix : 14,90 € ttc (+frais de port)
 Pour commander : www.urgence-pratique.com
 Rubrique : Boutique

En IMAGES



Le prochain album de photos de Reporters sans frontières « 100 photos de Reza pour la liberté de la presse » sera disponible partout en France dès le 25 septembre prochain (en vente jusqu'à mi novembre).

Il sera vendu 9,90 euros au profit des journalistes emprisonnés. ■

**MISE EN CAUSE
DES POMPIERS
EN INTERVENTION**

Les mentalités changent...
... on peut le regretter

La mise en cause des pompiers en intervention est, de nos jours, de plus en plus fréquente. Sur les dix dernières années, les contentieux au pénal contre les défauts de prise en charge se sont multipliés : 19 plaintes en 1996 contre 621 en 2006, d'après l'Association des départements de France (ADF). Même si les condamnations ne sont pas très lourdes, leur prolifération participe au malaise de la profession.

Dans les faits, bon nombre de plaintes sont classées sans suite et lorsque des condamnations sont prononcées, les tribunaux restent relativement mesurés. Mais même dans ces conditions ou lorsque les plaignants sont purement et simplement déboutés, les plaintes sapent la motivation des équipes. Aujourd'hui, force est de constater que ce ne sont plus seulement les défauts de prise en charge qui sont visés par les plaintes. Tous les prétextes sont bons pour demander réparation, y compris la constatation de dommages inhérents à une opération d'ouverture de porte !

Les mentalités évoluent, on peut le regretter. La profession doit néanmoins apprendre à s'y adapter, même s'il est vrai que ce n'est pas toujours facile. ■

50 nouveaux VSAV GIFA

pour la BSPP

Des ambulances GIFA ont défilé sur les Champs Elysées lors du 14 juillet dernier. Ces dernières, sur la base de Renault Master, font partie d'un premier lot de véhicule livré en début d'année à la BSPP par l'UGAP.*

GIFA est fière de voir que son savoir-faire est mis en œuvre et développé avec de nombreux SDIS. Répondant au cahier des charges de la brigade, les spécifications techniques de ces ambulances prennent en compte la NIT 330 mais aussi les besoins particuliers inhérents aux spécificités de ses missions dans un environnement urbain. Un soin tout particulier est porté sur la désinfection de la cellule sanitaire.

L'utilisation d'un plancher cuvette avec une surélévation des meubles pour les protéger, garantit une étanchéité du sol lors d'un lavage à grande eau. Une cellule en polyester facile à nettoyer et des tiroirs amovibles font partie des spécificités techniques développées par GIFA pour faciliter la vie des équipes qui travaillent quotidiennement dans les véhicules.

Toujours par souci d'augmenter la sécurité des équipes qui travaillent à bord des ambulances et celle de leurs patients, GIFA a mis en œuvre le concept GIFA Safe Air afin de lutter contre les risques d'infection du à la présence

de virus ou bactéries. En effet, si l'on veut faire face à des menaces du type du SRAS, la désinfection de l'environnement postérieure au transport n'est pas suffisante lors du transport d'un patient infecté. Le système de désinfection per-



manente de l'air Biowind a été breveté par le CNRS, il est basé sur le principe de la photo catalyse et permet de traiter l'air de la cellule durant le transport et d'éliminer ainsi 99% des virus et germes présents dans l'air ambiant.

Le groupe GIFA est aujourd'hui le spécialiste du véhicule sanitaire d'urgence, leader sur le marché français où il fournit de nom-



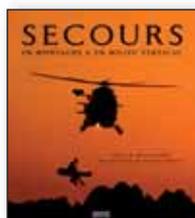
breux SDIS et SAMU. De plus, chaque année, 25 à 30 % de la production est exportée et des organisations aussi diverses que le NHS britannique ou les hôpitaux iraniens utilisent quotidiennement les ambulances GIFA dans leur mission d'urgence. Cette politique a permis aux équipes de l'entreprise de se confronter aux besoins les plus divers et d'acquérir un grand savoir-faire dans leur spécialité.

A la pointe du progrès GIFA anticipe déjà l'entrée en vigueur de la norme EN 1789 version Août 2007, en proposant depuis plus d'un an la certification 10 g dans les appels d'offres. Certification 10 g obtenue à l'issue de crash tests passé avec succès auprès de l'UTAC selon le guide d'application NF S 64-021 de 2008.

GIFA sera présente au Congrès de Rennes, les 2-3-4 octobre 2008 avec sa gamme conforme aux dernières normes en vigueur et bien d'autres innovations. ■

* Voir en page 15.

NOUVEAUX : LES LIVRES DE MISSION SPÉCIALE PRODUCTIONS SUR LA BOUTIQUE D'URGENCE PRATIQUE.COM

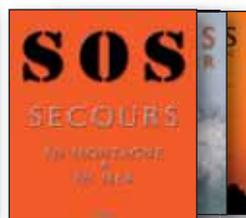


Secours en montagne

200 pages - 24,5 x 28 cm
Prix public : 49,90 €*

Secours en mer

200 pages - 24,5 x 28 cm
Prix public : 49,90 €*



Coffret collector S.O.S

400 pages - 24,5 x 28 cm
Prix public : 89 €*

La fabuleuse histoire de l'hélicoptère

312 pages - 24,5 x 28 cm
Prix public : 55 €**



Ces ouvrages de référence présentent l'ensemble des acteurs de ces secours si spécialisés: les unités et équipages d'hélicoptère du Service Public (Gendarmes, CRS, Sapeurs-Pompiers, Marine Nationale, Sécurité Civile...), les sauveteurs bénévoles (Spéleo Secours Français, Société Nationale de Sauvetage en Mer...) et bien évidemment les médecins urgentistes intervenant quotidiennement avec les sauveteurs sur tous ces terrains délicats.

* Parutions en novembre - ** Disponible



Boutique du 3SM



PORTE BLOC VSAV - VRM

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

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

Prix : 15,00 € (port inclus)



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 - Septembre 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-il ?

Médecin 1^{ère} classe Philippe PAULIN
Infirmière chef Fabienne NICOD - SDIS 25

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 les photographies ci-dessous. A votre avis, de quoi s'agit-il ?

A - Une pompe à dépression pour attelles ou matelas immobilisateur ?

B - Une poire à lavement (sans sa canule rectale)

C - Un insufflateur manuel à volume courant contrôlé ?

D - Un aspirateur de mucosités à fonctionnement manuel ?

E - Un accordéon modèle spécial « Sainte Barbe ».



RÉPONSE

C. - il s'agit bien d'un insufflateur distribué par les laboratoires Robert et Carrière au début des années 1960, modèle Mistral. Il est adaptable sur un masque ou sur un embout buccal.

L'appareil est composé d'un soufflet en caoutchouc armé encastré d'une coque métallique à poignée. Ce modèle permettait grâce à une lanière tressée de garantir un volume courant maximum préétabli à 300, 600, 900 ou 1200 cm³.

Deux valves tarées placées en annexe des tuyaux inspiratoire et expiratoire assuraient la possibilité d'un trigger à - 10 cm d'eau et d'une PEEP maximum à 30 cm d'eau !

Nous ne possédons malheureusement plus les annexes (masque facial, embout buccal, tuyaux inspiratoire et expiratoire, raccords...) habituellement livrées avec ce matériel. ■

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

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

Livres de la BOUTIQUE

CAHIER D'INTERVENTION SMUR

Les médecins du BMPM

Sauramps médical

Extrêmement complet, ce carnet est un outil de qualité pour une prise en charge optimale des victimes. Il comprend trois parties : protocoles médicaux, fiches techniques et fiches thérapeutiques.

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 votre pratique quotidienne.

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

Prix : 22 € (port inclus)



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



Risques routiers



Risques cardio-vasculaires

Avec
la mutuelle
des sapeurs-pompiers de France
je préserve mon capital santé



**115^{ème} Congrès National
des Sapeurs Pompiers**

**Venez nous rejoindre
sur notre stand au
Congrès National
des Sapeurs Pompiers**

à RENNES, du 2 au 4 Octobre 2008,
en participant aux animations prévention sur le risque
routier et cardio-vasculaire.

De nombreux cadeaux à la clés : gilets auto réfléchis-
sants, éthylotests, podomètres, balles anti-stress....

EXCLU ! Vous êtes adhérent, sur présentation de votre
carte Mutuelle, la MNSP vous offre un kit sécurité
complet.*

 **NOUVEAU SERVICE :**
**Prévention
& Promotion de la Santé**



* Offre limitée aux 400 premiers adhérents se rendant sur le stand, dans la limite des stocks disponibles.