

EN LISANT L'AFP

Un pêcheur ouzbek, dépité de son insuccès la canne à la main, crut avoir une idée géniale : il escalada un pylône à haute tension, coupa un câble avec le dessein d'électrocuter les poissons ! Mais il chut et mourut électrocuté. Nous conseillons une balade instructive sur le site www.darwinawards.com qui recense les cas des sujets participant à la sélection naturelle de l'espèce, et en l'occurrence à son amélioration.

VIRUS ET VOYAGES AERIENS

Le CDC d'Atlanta fournit toujours des informations très pertinentes. Cet organisme a noté que l'immobilisation des avions après les fameux attentats du 11 septembre 2001 a fait chuter le nombre de cas de grippe de 50%. La densité du trafic aérien est toujours corrélée à la diffusion des virus. En cas de pandémie, et dans l'attente de la fabrication en nombre des vaccins, l'arrêt du trafic aérien semble la mesure la plus efficace.

PAS QUE NOS BANLIEUES !

Une étude épidémiologique rigoureuse relative aux agressions portant sur un échantillon significatif de la population a permis d'évaluer les violences subies à Haïti. Depuis le départ du Président Aristide, 8000 meurtres ont été perpétrés, dont la moitié par les forces de l'ordre (!). Par ailleurs 35 000 viols ont été commis.

NDLR : On cherche des volontaires fortement motivés pour poursuivre localement l'enquête.

SÉCURITÉ

Le Comité américain pour la sécurité des industries chimiques pointe la responsabilité du géant pétrolier BP dans la catastrophe de Texas City, une explosion qui avait fait 15 morts et 180 blessés. Le montant des indemnités versées par le groupe dépasse déjà les 700 millions de dollars.

DITES 33-33 !

Samu de France considère que l'instauration du numéro 33-33 pour les urgences libérales serait une «fausse bonne idée». Le Ministre n'entend pas donner suite à ce projet.



L'avenir est en vous

Edito

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

Il me serait difficile pour ce dernier éditorial de l'année de ne pas évoquer «Secours Santé 2006». Ces Journées

magnifiques furent, je crois, un total succès tant pour vous que pour nos partenaires de l'industrie. Permettez-moi de souligner que nous en devons la réussite à l'implication du médecin chef du 44, Michel Blanche et à toute son équipe, mais aussi au soutien actif et chaleureux du Directeur Départemental Philippe Berthelot. Je peux témoigner pour les avoir côtoyés au cours de séances de travail denses de l'engagement dont ils ont fait preuve, ne laissant aucun détail dans l'ombre, ne comptant ni leur temps ni leur peine, pour vous offrir les meilleures journées scientifiques qui soient. Le comité scientifique, présidé par le Pro-

fesseur Gille Potel avait prévu un programme riche abordant toutes les missions qui nous sont confiées. Des forums ont permis aux infirmiers, pharmaciens et vétérinaires de débattre de sujets propres. Des ateliers ont permis de parfaire certaines techniques.

Nous pouvons vraiment dire que les (rares) absents ont manqué un grand moment de la vie du 3SM. Ces Journées se sont déroulées dans le droit fil des Congrès passés, Mulhouse, Nîmes, Tours, Avignon, Angers, Le Puy. La Fédération, et le Président Vignon, ont souhaité que les rencontres scientifiques du 3SM se développent en dehors du cadre du Congrès Fédéral annuel dédié aux questions politiques. Ils ont eu gran-

dement raison, car l'attention et la réflexion nécessaires à l'abord de sujets médicaux s'accommodent mal d'un mélange des genres. C'est ma première conclusion. La deuxième est qu'elles ont permis de rendre encore plus concret le dynamisme de notre service. La richesse des débats est à l'image de l'évolution qualitative du 3SM. La troisième est que le plaisir que vous avez manifesté d'être ensemble, plus de 700, en tenue, signe bien notre fierté commune de faire partie d'un service qui nous ressemble et nous rassemble. Nous sommes repartis plus forts dans notre engagement tant auprès de nos camarades sapeurs-pompiers que de la population pour laquelle nous sommes, dans le monde rural, le premier recours.



Photo E. Torres.



Humeurs

L'effet Harry Potter

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

Le 28 novembre 2005, à minuit précise, la tension était à son comble. Les fameux « Guidelines » relatifs aux bonnes pratiques en matière de Réanimation Cardio-Pulmonaire étaient enfin rendus publics. Ces recommandations, riches de nombreuses améliorations en matière de RCP, se répandirent alors comme une traînée de poudre dans la communauté médicale internationale émerveillée. Le Progrès Scientifique s'étalait enfin devant nos yeux éblouis en une débauche de fastes et de paillettes digne de la sortie du dernier *Harry Potter*. Impossible d'y échapper : l'information était partout : sur le net, dans la presse médicale, dans les congrès et même à la télévision. Partout sauf... dans nos VSAV.

En effet, il faudra encore attendre - au mieux - jusqu'au premier janvier 2007 (soit un an, un mois et deux jours après la date de leur première parution, sans parler du temps nécessaire pour former tout le monde !) pour que nos équipiers soient enfin autorisés à mettre ces « urgentes » recommandations en pratique. Alors de deux choses l'une : ou bien ces « guidelines » n'ont finalement pas l'importance qu'on a bien voulu leur donner, ou bien les structures chargées de les transmettre à nos premiers intervenants manquent cruellement de réactivité. Il semble que, pour une fois, chaque seconde ne compte pas vraiment. Un comble en matière de prompt secours !

NICOPATCH®

NICOTINE

DISPOSITIF TRANSDERMIQUE



LA LIBERTÉ DE NE PLUS FUMER



www.nicopatch.com

DÉNOMINATION : NICOPATCH 7 mg/24 h, dispositif transdermique, NICOPATCH 14 mg/24h, dispositif transdermique, NICOPATCH 21 mg/24 h, dispositif transdermique. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE.** Par dispositif : Nicopatch 21 mg/24h : S(-) Nicotine : 52,5 mg/30 cm². Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 35 mg/20cm². Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 17,5 mg/10 cm². Par boîte de 7 : Nicopatch 21 mg/24h : S(-) Nicotine : 367,5 mg. Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 245 mg. Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 122,5 mg. Par boîte de 28 : Nicopatch 21 mg/24h : S(-) Nicotine : 1470 mg. Nicopatch 14 mg/24h : S(-) Nicotine : 980 mg. Nicopatch 7 mg/24h : S(-) Nicotine : 490 mg. Excipients : Copolymère de méthacrylates alcalin (eudragit E 100). Enveloppe externe : film polyester. Couche de la matrice : durotak 280-2516, miglyol 812, eudragit E 100. Support non tissé : papier 26 g/m². Couche adhésive : durotak 280-2516, miglyol 812. Feuille de protection détachable : film polyester aluminé silicé. **FORME PHARMACEUTIQUE :** dispositif transdermique. **DONNEES CLINIQUES :** Indications thérapeutiques : ce médicament est indiqué dans le traitement de la dépendance tabagique afin de soulager les symptômes du sevrage nicotinique chez les sujets désireux d'arrêter leur consommation de tabac. Posologie et mode d'administration**** : réservé à l'adulte (à partir de 15 ans). Posologie : le degré de dépendance à la nicotine sera apprécié par le nombre de cigarettes consommées par jour ou par le test de Fagerström. Score de 5 ou plus au test de Fagerström ou Fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour. Phase initiale 3 à 4 semaines : NICOPATCH 21 mg/24h. Suivi de traitement 3 à 4 semaines : NICOPATCH 14 mg/24h ou NICOPATCH 21 mg/24h*. Sevrage thérapeutique 3 à 4 semaines : NICOPATCH 7 mg/24h ou NICOPATCH 14mg/24h puis NICOPATCH 7mg/24h*. Score inférieure à 5 ou Fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour. Phase initiale 3 à 4 semaines : NICOPATCH 14 mg/24h ou augmentation à NICOPATCH 21 mg/24h*. Suivi de traitement 3 à 4 semaines : NICOPATCH 14 mg/24h ou NICOPATCH 7 mg/24h**. Sevrage thérapeutique 3 à 4 semaines : NICOPATCH 7 mg/24h ou arrêt du traitement**. *Selon les résultats sur les symptômes de sevrage. ** En cas de résultats satisfaisants. La durée du traitement est d'environ 3 mois mais peut varier en fonction de la réponse individuelle. Mode d'administration : il est recommandé d'appliquer le dispositif sur une surface de peau sèche sans lésion cutanée et où la pilosité est rare. Un nouveau système sera appliqué toutes les 24 heures sur un site d'application différent du site précédent. Contre-indications : non fumeur ou fumeur occasionnel. Hypersensibilité à l'un des constituants. Affection cutanée pouvant gêner l'utilisation d'un dispositif transdermique. Mises en garde et précautions particulières d'emploi**** : pour garantir les meilleures chances de succès, l'utilisation de ce médicament doit s'accompagner d'un arrêt total de la consommation du tabac. Utiliser avec précautions en cas de : - insuffisance hépatique et/ou rénale sévère, - ulcère gastrique ou duodénal en évolution. Ne laisser en aucun cas ce dispositif à la portée des enfants même après utilisation. En cas de réaction cutanée sévère ou persistante, il est recommandé d'arrêter le traitement et d'utiliser une autre forme pharmaceutique. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions**** : le tabac peut par un processus d'induction enzymatique modifier les concentrations sanguines de certains médicaments, tout comme la nicotine. L'ajustement des posologies et une surveillance étroite sont nécessaires. Grossesse et allaitement : médicament non soumis à prescription. Non remboursé Séc. Soc., agréé aux collectivités. Titulaire de l'autorisation de généralement atteinte en 30 minutes. **PRÉSENTATION ET NUMÉRO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** 30 cm² (21 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 700 0. Boîte de 7 : AMM 334 696 3. 20 cm² (14 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 695 7. Boîte de 7 : AMM 334 692 8. 10 cm² (7 mg/24 h) - Boîte de 28 : AMM 334 691 1. Boîte de 7 : AMM 334 688 0. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** médicament non soumis à prescription. Non remboursé Séc. Soc., agréé aux collectivités. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Laboratoires Pierre Fabre Médicament-45, place Abel Gance-92100 Boulogne. **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** Juillet 2004. *pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal®.



« Secours Santé 2006 »

Déclaration de Monsieur le Préfet Henri Masse, Directeur de la Défense et de la Sécurité Civiles, à l'occasion du congrès.

« En venant ici, j'ai tenu, tout d'abord, à rencontrer et saluer l'ensemble des composantes des Services de Santé et de Secours Médical des SDIS. Je voudrais aussi leur faire part de mon engagement à leurs côtés.

En ce qui concerne l'activité opérationnelle : Au cours de l'année 2006, de nombreuses opérations, tant sur le territoire national qu'au cours de missions à l'étranger, et j'évoque là le séisme en Indonésie et l'évacuation des populations au Liban, ont permis de souligner combien la présence du 3SM était déterminante. La Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles a également pleinement pris part à la démarche gouvernementale de prévention et de couverture du risque de pandémie grippale.

En ce qui concerne les contacts avec le Ministère de la Santé : Soyez assuré qu'en ce qui concerne l'exceptionnel autant que le quotidien, la DDSC et la sous-direction des sapeur-pompiers, tout particulièrement, reste très attentive. J'ai avec nos homologues de la santé des contacts réguliers doublés de séances de travail abondant tous les sujets communs. Pour ceux qui vous concernent au premier chef, on peut citer l'application de la circulaire du 24 mars 2004 concernant la participation du 3SM à la « dispensation » des secours et soins aux victimes. Mais encore, les travaux communs d'inspection et d'appui pour l'équilibre opérationnel entre SDIS et SAMU, le délicat sujet de la vaccination des sapeurs pompiers, la plus grande diffusion du DSA auprès du public, la réécriture du référentiel de formation des sapeurs pompiers en matière de secours à personne et secourisme. Je n'aurai garde d'oublier le décret de détention et d'utilisation des armes hypodermiques par les vétérinaires.

Des dossiers restent à traiter, notamment celui de la participation des infirmiers aux secours et soins aux victimes, les modalités de dis-



Photo E. Torres.

pensation des médicaments en SDIS, ainsi que celui de la participation des groupes de soutien psychologique des SDIS.

Où en est le 3SM aujourd'hui ? Dans un environnement médical difficile, avec une évolution des modes d'exercice des généralistes expliquant parfois leur perte de motivation pour l'exercice en aspreinte, et une plus grande difficulté de couverture des régions rurales, nous pouvons tout de même compter sur plus de 10 500 membres du service de santé. Il est rassurant de constater que les SDIS voient croître les effectifs du 3SM. S'il est composé à 98% de volontaires, le soutien des 404 profes-

sionnels comptabilisés à ce jour conforte l'opérabilité du service.

En ce qui concerne les missions, je me permets de rappeler que le soutien sanitaire en opération est la première mission du 3SM. Il est rassurant pour tout sapeur-pompier de savoir compter sur des soins immédiats dispensés par des personnels portant le même uniforme que lui. Le 3SM participe aussi à l'engagement opérationnel du SDIS. C'est une compétence prévue par la loi. Et, bien sûr, il participe es qualité au secours d'urgence dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ce congrès est largement consacré à l'ensemble de ces missions.



Je rajoute que le 3SM a un rôle déterminant dans le domaine de la prévention, de l'hygiène et de la sécurité, de la santé au travail.

En ce qui concerne votre formation, deux progrès ont été réalisés qui correspondent à votre attente et à votre demande. Le premier est de rendre plus accessible la formation des nouveaux arrivants dans les SDIS. Les volontaires peuvent limiter leur formation au domaine de l'urgence, ou au domaine de la prévention, selon leur affinité. Soulignons l'intérêt du télé-enseignement qui est en train de se développer. D'autre part des expériences réussies de décentralisation ont été conduites aux Antilles.

Le second est le développement, sous l'impulsion du pôle santé de l'ENSOSP, d'un site de mise en situation pour l'enseignement d'urgence baptisé SIMURG.

Pour conclure, je souligne l'apport capital du SSSM au sein des SDIS. Il reste, cependant, dans certains domaines, et dans certains départements, une marge de progrès. Sachez que vous pouvez compter sur le soutien de la Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles ».



MICARDIS® : 24 h de puissance antihypertensive⁽¹⁾

PUISSANCE
24h



MICARDIS 40 mg
80 mg

TELMISARTAN issu de la recherche de Boehringer Ingelheim

MICARDISPLUS 80 mg
12,5 mg

TELMISARTAN 80 mg + HCTZ 12,5 mg

Micardis® 20 mg comprimés. Micardis 40® mg comprimés. Micardis® 80 mg comprimés. Composition* : comprimés dosés à 20, 40 ou 80 mg de telmisartan. Excipients qsp un comprimé. **Indications thérapeutiques** : Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. **Posologie et mode d'administration*** : Adultes : La dose habituellement efficace est de 40 mg par jour en une prise. Chez certains patients, une posologie quotidienne de 20 mg peut être suffisante. Dans les cas où la pression artérielle n'est pas contrôlée à la posologie usuelle, la dose de telmisartan peut être augmentée jusqu'à une dose maximale de 80 mg en une prise par jour. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale légère à modérée ou chez le sujet âgé. L'expérience est limitée chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère ou chez les patients hémodialysés. Chez ces patients, une dose initiale plus faible de 20 mg est recommandée. En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, la posologie quotidienne ne doit pas excéder 40 mg en une prise par jour. L'efficacité et la sécurité d'emploi de Micardis® n'ont pas été établies chez les sujets de moins de 18 ans. **Contre-indications** : Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Deuxième et troisième trimestres de la grossesse et allaitement. Obstruction biliaire. Insuffisance hépatique sévère. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi***. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction***. **Grossesse et allaitement***. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines***. **Effets indésirables***. **Surdosage***. **Propriétés pharmacodynamiques*** : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II. **Propriétés pharmacocinétiques***. **Données de sécurité précliniques***. Liste I Médicament soumis à prescription médicale. Micardis® 20 mg, comprimés (28 comprimés) : EU/1/98/090/010 / CIP 352 636.9. Non Remboursé SS au 01/09/2006, demande d'admission à l'étude - Micardis® 40 mg, comprimés (28 comprimés) : EU/1/98/090/002 / CIP 349 582.9, Prix : 20,72 € / CTJ : 0,74 €, Remb SS 65%, Agréé coll ; (28 x 1 comprimé) : EU/1/98/090/013 / CIP 358 464.5, Agréé coll - Micardis® 80 mg, comprimés : (28 comprimés) : EU/1/98/090/006 / CIP 349 583.5, Prix : 25,11 € / CTJ : 0,90 €, Remb SS 65 %, Agréé coll ; (28 x 1 comprimé) : EU/1/98/090/014 / CIP 358 465.1, Agréé coll - **Date de mise à jour du texte** : 01/07/2006. **Titulaire** : Boehringer Ingelheim International GmbH (Allemagne). **MicardisPlus® 40/12,5 mg comprimés. MicardisPlus® 80/12,5 mg comprimés. Composition*** : comprimés dosés à 40 mg ou 80 mg de telmisartan et 12,5 mg d'hydrochlorothiazide. Excipients dont sorbitol qsp un comprimé. **Indications thérapeutiques** : Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. L'association à doses fixes MicardisPlus® (telmisartan 40 ou 80 mg / hydrochlorothiazide 12,5 mg) est indiquée chez les patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par le telmisartan en monothérapie. **Posologie et mode d'administration*** : Patients adultes : MicardisPlus® doit être utilisé en une seule prise par jour chez les patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par le telmisartan en monothérapie. MicardisPlus® doit être pris avec de l'eau ou une autre boisson, au cours ou en dehors des repas. Il est recommandé d'adapter les doses de chacune des substances actives prises individuellement avant de passer à l'association à doses fixes. MicardisPlus® 40/12,5 mg peut être administré aux patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par Micardis® 40 mg. MicardisPlus® 80/12,5 mg peut être administré aux patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par Micardis® 80 mg. En cas d'insuffisance rénale, une surveillance périodique de la fonction rénale est recommandée. En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, la posologie quotidienne ne doit pas excéder un comprimé de MicardisPlus® 40/12,5 mg en une prise. Les dérivés thiazidiques doivent être utilisés avec précaution chez les patients dont la fonction hépatique est altérée. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez le sujet âgé. L'efficacité et la sécurité de MicardisPlus® n'ont pas été établies chez les sujets de moins de 18 ans. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une ou l'autre des substances actives ou hypersensibilité à l'un des excipients. Hypersensibilité à toute autre substance dérivée des sulfamides. Deuxième et troisième trimestres de la grossesse et allaitement. Cholestase et obstruction biliaire. Insuffisance hépatique sévère. Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min) Hypokaliémie réfractaire, hypercalcémie. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi***. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction***. **Grossesse et allaitement***. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines***. **Effets indésirables***. **Surdosage***. **Propriétés pharmacodynamiques*** : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et diurétique. **Propriétés pharmacocinétiques***. **Données de sécurité précliniques***. Liste I - Médicament soumis à prescription médicale. MicardisPlus® 40/12,5 mg : (28 comprimés) : EU/1/02/213/002 / CIP 359 541.3 - Prix : 20,72 € / CTJ : 0,74 €, remboursé SS 65% - Agréé coll ; (28 x 1 comprimé) : EU/1/02/213/003 / CIP 360 855.8, Agréé coll. - MicardisPlus® 80/12,5 mg : (28 comprimés) : EU/1/02/213/007 - CIP 359 543.6 - Prix : 25,11 € / CTJ : 0,90 €, remboursé SS 65% - Agréé coll ; (28 x 1 comprimé) : EU/1/02/213/008 / CIP 360 856.4, Agréé coll - **Date de mise à jour du texte** : 01/07/2006. **Titulaire** : Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein (Allemagne). **Représentant local** : Boehringer Ingelheim France, 37-39 rue Boissière, 75116 Paris. **Information médicale** : 03 26 50 45 33. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.

Boehringer
Ingelheim

« Le médecin ne coûte pas : il rapporte ! »

Allocation du Colonel Richard VIGNON, Président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers, à l'occasion des Journées « Secours Santé 2006 ».



Les premières Journées Scientifiques Européennes organisées par la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France (FNSPF) ont permis à son Président, le Colonel Richard VIGNON, de rappeler, dans un discours prononcé lors de la réception des autorités, l'importance du Service de Santé et de Secours Médical des sapeurs-pompiers.

Après avoir remercié les organisateurs pour la qualité de cet événement, le Président a d'abord rappelé que la Fédération avait souhaité initier des Journées exclusivement dédiées aux échanges scientifiques et techniques propres au 3SM. « C'est l'occasion de vous rassembler autour de vos préoccupations, mais aussi de rencontrer tous les partenaires de l'urgence. Il est important que vous puissiez confronter vos pratiques faire le point sur les derniers progrès scientifiques, enjeux nécessaire de votre performance. Ces Journées scientifiques viennent en appui des débats politiques tenus lors du Congrès Fédéral National annuel ». C'est dans cet esprit que le Président a ensuite souhaité faire passer quelques messages forts, et orienté, avec une force de conviction qui lui est propre son allocution. Au-delà des nombreux participants de ces Journées, c'est à tous les membres du Service de Santé et de Secours Médical qu'il s'est adressé : « Vous appartenez au monde des sapeurs-pompiers et la FNSPF agit quotidiennement pour que vous soyez pleinement intégrés aux SDIS. Au lieu de diviser, nous travaillons à unir les personnels des SDIS, car chacun a son rôle à jouer ». Dans cet esprit, il a tenu à souligner l'importance pour les sapeurs-pompiers de bénéficier d'un service de santé performant parfaitement informé de la spécificité, tant physique que psychologique, de cette activité. « Les thèmes comme l'aptitude, le suivi médical, la sécurité au travail et la prévention des maladies, doivent être au cœur des préoccupations, et ce pour deux raisons : d'une part l'homme est la première



re richesse des SDIS, d'autre part la qualité du service que nous effectuons doit se faire à coût maîtrisé ». Les grandes politiques publiques de santé générale (lutte contre le tabagisme, contre l'alcoolisme, en sont des exemples) sont, selon lui, à cet égard fondamentales. « Pour le Directeur départemental que je suis, le médecin ne me coûte pas, il me rapporte. En tant qu'homme, il apaise ma responsabilité de chef de corps dont la mission est d'envoyer des hommes et des femmes dans les situations les plus extrêmes ».

C'est afin de donner toute leur place aux personnels du 3SM que le Colonel Richard VIGNON a réaffirmé l'attention accordée par la FNSPF aux principaux chantiers en cours : adaptation du régime indemnitaire des SPP au 3SM et consolidation des statuts de chaque catégorie du 3SM, infirmiers, pharmaciens, vétérinaires et médecins, suscitant l'approbation marquée de la salle lorsqu'il a lancé : « Pour être fort, le 3SM doit être attractif et offrir des opportunités de carrière à ceux qui veulent en devenir des professionnels ».

S'agissant de la position de la FNSPF sur l'organisation de l'aide médicale urgente, le Président de la FNSPF s'est attaché à évoquer avec réalisme la situation problématique et explosive existant entre les acteurs, en insistant particulièrement sur le fait que les sapeurs-pompiers n'ont, en aucune façon, vocation à être les suppléants des SAMU, mais bien leurs partenaires. Il a donc exhorté chacun à faire preuve de coopération et à prendre place autour d'une table pour mettre en œuvre ensemble une véritable mutualisation des moyens et des compétences avec les hôpitaux et les ARH, tout en privilégiant l'indispensable proximité des secours et l'aménagement équilibré du territoire. « Qu'il s'agisse par exemple des plates-formes 15-18 ou du remboursement forfaitaire des interventions effectuées par carence, nous devons trouver ensemble des solutions, dans le respect des cultures de chacun. La FNSPF se veut force de proposition dans ce domaine et demande notamment l'instauration d'un moratoire à toute prise de décision unilatérale par le Ministère de la santé de création de plates-formes régionales de régulation des appels 15. Les SDIS et leur 3SM doivent être associés d'emblée à la concertation ». Tout ceci accompagné d'une mise en garde, amicale mais ferme, des partenaires : « Si nous n'arrivons pas à régler les problèmes, les sapeurs-pompiers pourraient être amenés à envisager de travailler seuls et de manière autonome en se fondant sur leurs 10 000 membres du SSSM et leurs 8 000 centres de secours, qui tissent ensemble un exceptionnel réseau à disposition des citoyens ». Une prise de position forte que l'auditoire, conforté dans son engagement tant volontaire que professionnel, n'a pas manqué d'applaudir longuement. ■

Cet article est mis en ligne sur le site de la FNSPF : <http://pompiers.fr>

Is ont ECRIT

☒ Encore bravo pour tout le travail réalisé lors de ce 1^{er} symposium. Bien amicalement. (SDIS 74)

☒ Bravo et félicitations pour l'organisation de ce congrès. J'ai eu beaucoup de bonheur à y participer. A bientôt. (SDIS 60)

☒ J'ai été très heureux et très honoré de pouvoir m'exprimer face à un auditoire de cette qualité. Ces deux jours ont été très intéressants. Toutes mes félicitations pour l'organisation sans faille. (CH 44)

☒ Merci beaucoup pour ce congrès. Merci pour toute l'énergie dépensée pour organiser un congrès 3SM d'une aussi excellente facture. Les médecins et les infirmiers sont tous revenus enchantés. (SDIS 79)

☒ Merci à toute l'équipe qui a contribué à une telle réussite pour une première. (SDIS 77)

☒ Ce petit mot juste pour vous dire combien j'ai apprécié ce congrès, et pour vous féliciter tant pour l'organisation générale que le choix des sujets et des intervenants! Le 3SM entre, au travers de ce type de manifestation, dans une dimension nouvelle qui ne peut que favoriser la reconnaissance extérieure à laquelle il aspire légitimement! Bravo donc! (SDIS 95)

☒ Félicitations. Ce fut super (dixit mes accompagnateurs). Nous avons tous été très satisfaits de ces 2 jours à Nantes. Merci encore. (SDIS 10)

☒ Merci pour l'organisation du congrès et l'excellence de l'accueil à Nantes. Je tiens à vous féliciter pour ce congrès qui s'est très bien déroulé. Bravo à l'équipe organisatrice du 3SM 44, de l'UDSP 44. Cordialement. (SDIS 68)

« Secours Santé 2006 »

Inoubliables ! Telles étaient, d'un avis général, ces premières journées scientifiques du 3SM. Dans le cadre somptueux de la Cité des Congrès de Nantes (Loire Atlantique), il a été avant tout question d'actualisation des connaissances sur les thèmes de l'urgence, du secours collectif et de la médecine d'aptitude.



Photo E. Torres.

La Fédération

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



Les nombreux participants qui ont assisté, en novembre 2006, aux premières journées scientifiques européennes du Service Médical des Sapeurs-Pompiers à Nantes ont constaté qu'ils participaient à un congrès dit classique avec des intervenants experts en médecine d'urgence, en épidémiologie mais aussi en stratégie des secours. Les auditeurs ont été captivés par la compétence et le sens de la communication de ces spécialistes. Beaucoup d'idées nouvelles, de mises au point, de recherches de consensus ont permis aux participants de parfaire leurs connaissances. L'aspect fédéral n'a pas été négligé et les différents uniformes montraient l'appartenance à une corporation dont les composantes ont échangé sur leur quotidien. Enfin il y eut quelques moments d'émotion au cours de présentations sur des drames humains liés à l'actualité mondiale. Le challenge qui était confié au SDIS et à l'Union des Sapeurs-

Pompiers de Loire Atlantique a été brillamment relevé. Succès incontestable pour les organisateurs et Urgence Pratique Formation qui ont réalisé des Journées Scientifiques dont la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers ne peut que s'enorgueillir. ■

RICHESSSE SCIENTIFIQUE

Le comité scientifique, présidé par le professeur Gilles Potel (Chef de service SAU Nantes) avait bien fait les choses. Tous les sujets qui font le quotidien du Service de Santé et de Secours Médical et de ses personnels (médecins, pharmaciens, vétérinaires, infirmiers) étaient abordés. Dans le programme, riche et varié, il était en effet question de sujets aussi importants et aussi variés que la cardiologie d'urgence, la traumatologie, la médecine d'aptitude, les secours d'urgence, le soutien sanitaire, la pratique opérationnelle, l'organisation des secours dans les autres pays européens (et extra-européens) et les actualités concernant les missions du 3SM... Sans parler du très fréquenté forum infirmier. Ainsi, c'est une multitude de conférenciers prestigieux qui ont défilé à la tribune durant ces deux journées du 10 et 11 novembre dernier. Le programme était judicieusement complété par une série d'ateliers pratiques très bien conçus et très enrichissants. C'est donc un bien doux euphémisme que de dire que les très nombreux confrères (pour la plupart présents en tenue) qui s'étaient rendus à Nantes n'ont pas perdu leur temps.

L'HEURE DE LA RECONNAISSANCE

Ces journées ont montré, à l'évidence, la pleine maturité de notre



Photo E. Torres.

comme si vous y étiez !

Service de Santé et de Secours Médical (3SM) qui semble enfin avoir trouvé sa place au sein de la grande famille des Sapeurs Pompiers. C'est en tout cas ce que n'a pas manqué de souligner le colonel Richard Vignon, président de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompier de France : « [Les membres du 3SM] appartiennent pleinement au monde des sapeurs-pompiers ; ils en sont une composante culturelle et opérationnelle de premier ordre » (voir notre article en page 5).

UNE ORGANISATION SANS FAILLE

Même si ces journées « Secours Santé 2006 » ont été l'affaire de tous, elle ont surtout été - sous l'égide de la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France - l'œuvre de l'équipe d'organisation du 3SM 44 et de son médecin Chef le docteur Michel Blanche, qui ont su ne pas économiser leurs forces pour que cette manifestation exemplaire fasse date dans l'histoire du 3SM. Que tous, tant participants qu'organisateurs, soient remerciés. C'est, nous n'en doutons pas, leur engagement d'aujourd'hui qui contribue à façonner la médecine de demain.

THE SHOW MUST GO ON !

Vous avez apprécié Nantes, vous adorerez Gruissan. C'est en effet



Photo E. Torres.

dans l'Aude que se tiendront les prochaines journées du 3SM. Pensez à réserver dès à présent votre emploi du temps des 26, 27 et 28 octobre (et évitez d'être de garde !) pour ce 10^{ème} rendez-vous du Service de Santé et de Secours Médical. Nous vous y attendrons avec impatience. ■



Notre médecine se doit d'être référente

Le temps de la réflexion est venu !

Le dynamisme ressenti lors des Journées de Nantes exprime bien le besoin qu'a le 3SM de se retrouver autour de sujets scientifiques concernant ses différentes missions. Mais les réunions et congrès ne suffisent pas à faire évoluer notre service médical et à le conduire sur le chemin de l'excellence. Il faut que nos pratiques se basent sur une évaluation de notre action, ce qui ne peut se faire sans une réflexion d'amont. Les nouveaux acquis scientifiques



Dr J.L. Compère (d'après Auguste Rodin)

doivent nous être apportés par ceux d'entre nous qui veulent bien consacrer du temps à les expertiser et les valider.

Il est plus que jamais nécessaire d'associer de la rigueur scientifique à nos missions. Le temps de la création d'un Collège Santé Sapeur Pompier me semble être venu.

Qu'en pensez-vous ? ■

Méd-Col Jean-Claude DESLANDES
Directeur de la publication

Ils ont ECRIT

✉ Bonjour. Ce petit mot pour vous féliciter de votre superbe congrès. (Belgique)

✉ Encore bravo pour l'organisation du congrès qui nous a rappelé les beaux jours des congrès des années 90, où le 3SM avait presque acquis le niveau d'une société savante. Ce fut encore le cas ici et il faut que cela continue. (SDIS 76)

✉ Les clameurs se sont tues...l'organisation a été ovationnée...alors je voulais tout simplement dire merci pour avoir montré que le 3SM était une vraie force. (SDIS 11)

✉ Quel bonheur que ce congrès, ce fut effectivement une réussite, nous ne pouvons que vous féliciter pour cette organisation qui a demandé, je n'en doute pas, un travail phénoménal. A très bientôt j'espère et encore toutes mes félicitations à l'ensemble de l'équipe d'organisation ainsi qu'aux intervenants. (SDIS 95)

✉ A vous un peu de repos largement mérité. Je tenais à vous remercier pour votre confiance et l'excellente réactivité de votre équipe dans la gestion de la préparation de ce congrès. J'ai plaisir à vous dire, qu'en terme d'organisation et de qualité scientifique, ce congrès mérite une première place depuis les dernières années ! (SDIS 13)

✉ Au nom de tous, recevez nos remerciements. La qualité était au rendez-vous mais aussi la bonne humeur et une ambiance chaleureuse. Amicalement (SDIS 18)

✉ Un grand moment de chaleur et de convivialité qui fonctionne comme une piqûre de rappel destinée à nous motiver et à nous conforter dans notre décision d'avoir choisi la médecine sapeur-pompier. Bravo !

La capnométrie en préhospitalier

Luxe ou une nécessité ?

Fabrice MEDINA - IADE - ISP / SDIS 13



Le capnomètre est un appareil familier aux usagers des blocs opératoires. Bien qu'il existe aujourd'hui de nombreux dispositifs de ce type conçus pour être utilisés en environnement extrahospitalier, la mesure du CO₂ expiré reste encore une pratique confidentielle pour bon nombre d'intervenants de l'urgence. Il nous a paru licite de chercher à comprendre pourquoi.

MÉTHODOLOGIE

Nous n'aborderons pas ici la capnométrie sous l'angle de son fonctionnement ou de ses limites. De même, nous ne discuterons pas l'intérêt de cette technique tant il existe de nombreuses publications scientifiques et de multiples conférences de consensus ayant tranché sur la question depuis longtemps. Nous nous intéresserons seulement au « ressenti » des intervenants de l'urgence face à cet appareil pour lequel la question semble plus se poser en termes subjectifs de luxe ou de nécessité, qu'en termes objectifs de protocoles de mise en œuvre ou d'indications thérapeutiques. Pour cela, nous avons mis en place un questionnaire détaillé constitué de douze items associant questions ouvertes et semi ouvertes. Nous avons conçu ce document afin de tenter de comprendre la raison pour laquelle les praticiens interrogés (50 médecins urgentistes recrutés à part égale chez les sa-

peurs-pompiers, en SAMU ou en SMUR) n'utilisaient pas le capnomètre. Nous nous limiterons à exposer dans les lignes qui suivent les principales conclusions de notre travail.

PAS SEULEMENT UNE HISTOIRE D'ARGENT

Trois raisons principales expliquent la non utilisation de l'appareil : son coût jugé excessif par le service en charge de l'acquiescer, le désintérêt pour les informations qu'il procure (jugées inutiles ou redondantes par son utilisateur) et la méconnaissance de la technique. En première analyse, il apparaît que dans bon nombre de VLM, l'absence d'un capnomètre serait essentiellement liée à une question de coût. Une analyse plus poussée fait néanmoins apparaître que 97% des médecins interrogés au cours de notre travail ne connaissent ni le coût réel de cet appareil ni son ordre de grandeur. On retrouve également, et

c'est assez évocateur, une corrélation inverse entre l'intérêt suscité par cette technique et l'ancienneté de la pratique professionnelle. En d'autres termes, les « vieux » médecins ayant depuis longtemps l'habitude de se passer de l'appareil (et n'ayant le plus souvent pas été formés à l'utiliser) sont ceux qui éprouvent le moins le besoin de le mettre en œuvre aujourd'hui. Il apparaît, en fin de compte, que l'usage du capnomètre dépend donc essentiellement de l'intérêt que lui porte son utilisateur potentiel et par là même de la formation dont il a bénéficié. Ce résultat est pour le moins paradoxal car il montre que les médecins les plus expérimentés sont les moins disposés - probablement parce qu'ils sont les moins compétents - à utiliser l'appareil !

IMPOPULAIRE OU MÉCONNUE ?

Nous en déduisons que la capnométrie connaît aujourd'hui - un

peu comme c'était le cas il y a quelques années lors de la commercialisation des premiers appareils permettant de réaliser la mesure de la SPO₂ en ambulatoire - un manque de « popularité » de la part des médecins de l'urgence. Ce désintérêt pour la technique est plus particulièrement exprimé par des praticiens expérimentés ayant depuis longtemps l'habitude de s'en passer. Il est vrai que les indications de la mesure du CO₂ expiré sont moins larges que celles de la SPO₂ et que les résultats obtenus sont d'une utilité thérapeutique moins immédiatement évidente ainsi que d'une interprétation plus difficile.

CONJECTURES

En regard de notre étude, il apparaît que la capnométrie est certainement appelée à connaître le même essor qu'à connue jadis la mesure de la SPO₂. On peut raisonnablement attendre d'elle, sinon qu'elle révolutionne notre travail, du moins qu'elle transforme notablement la prise en charge initiale des patients relevant d'une ventilation contrôlée.

Pour finir, remarquons que le coût de la technique - réputé prohibitif - nous paraît au contraire relativement modique au regard du bénéfice individuel apporté aux patients en matière de sécurité et de simplification potentielle de la prise en charge thérapeutique tant au niveau extrahospitalier qu'au niveau hospitalier. ■



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

Dr Jean-Paul Domenge

30 ans au service du secours médical dans les Alpes de Haute-Provence

Propos recueillis par le Méd. Cdt Eric TORRES

Le docteur Jean-Paul Domenge ne fait pas partie de ces figures incontournables du 3SM que l'on croise sur les congrès ou dont on lit le nom dans les revues sapeurs-pompiers. Pourtant avec efficacité et discrétion, il a su créer et faire grandir un 3SM crédible et performant au sein de son département.



Photo J. Carvennec.

Après plus de 30 ans de bons et loyaux services, Le Lt-Col. Jean-Paul Domenge, médecin-chef adjoint du SDIS 04 quitte ses fonctions pour une retraite bien méritée.

Quelques jours avant son départ, 3SM-Mag a rendu visite à ce confrère hors du commun.

AU COMMENCEMENT ÉTAIT LE MG

Je me suis installé en 1972 dans une vallée isolée pour y exercer la médecine générale. En ce temps là, notre département s'appelait les Basses-Alpes et les secours médicaux extrahospitaliers n'existaient pas encore. Par la force des choses, je suis devenu le « médecin des pompiers ». Sous la pression conviviale du maire de mon village et des soldats du feu, j'ai finalement signé officiellement mon engagement en 1976 en me promettant de ne jamais devenir un « médecin de Sainte-Barbe ».

Je ne disposais alors que d'un vieux VLHR. J'ai aménagé mon premier VSAB autour d'un brancard américain, d'un matelas coquille et d'une poignée de drogues. En matière d'urgence tout était encore à inventer, puisque le premier SMUR départemental n'a fonctionné chez nous qu'à partir de 1984.

DIRECTEUR EXCEPTIONNEL

J'ai eu la chance de travailler avec un directeur départemental exceptionnel : le Colonel Deblaise. Véritable visionnaire, il a su reconnaître bien avant l'heure - c'est-à-dire dès 1994 - l'importance de la mission des MSP et l'intérêt d'un véritable service médical. Cette ouverture d'esprit a permis la création, dès 1995, d'un poste de médecin à mi-temps. J'ai occupé ce poste en accord avec notre médecin-chef, le docteur Francis Bouvier, qui a choisi de rester volontaire. Ainsi, j'étais devenu chef du 3SM avant même que le 3SM n'existe officiellement.

COMBAT POUR L'APTITUDE

Dès 2000, et conformément aux textes, le service a pu assurer les visites médicales. Il s'agissait d'un exploit car les pompiers étaient très réticents. Nous sommes allés à leur rencontre dans les CIS des quatre coins du département. Nous avons fait ces visites dans des conditions incroyables : dans des arrières salles de mairies, dans des écoles communales, dans des restaurants, mais nous y sommes arrivés ! Nous sommes même devenus l'un des premiers départements où les visites ont été faites dans les règles de l'art. Lorsque les premières inaptitudes sont

tombées chacun a compris que nous ne plaisantions pas avec la santé.

ÊTRE EFFICACE AVEC PEU DE MOYENS

Malgré relativement peu de moyens, nous disposons quand même de 45 DSA. Chacun de nos CIS ainsi que notre SDIS possèdent au moins un de ces appareils. Du point de vue humain nous avons des forces et des faiblesses. Notre point faible est certainement l'âge moyen élevé de nos médecins (45 ans) dont le renouvellement se fait mal. Nous avons choisi de nous passer des ISP professionnels, habituellement cantonnés à des tâches administratives. Tous nos infirmiers sont à la fois sapeurs-pompiers et infirmiers. Ils peuvent changer de casquette à la demande. Nous avons légalisé cette pratique en nous appuyant sur des protocoles validés par le SDIS et le SAMU. La DDSC nous a d'ailleurs félicité sur ce point lors de sa dernière inspection. Nos infirmiers participent aux visites d'aptitude, interviennent en opération, réalisent des gestes « protocolisés » et assurent le suivi des vaccinations. Nous avons également mis en place trois postes d'infirmiers de groupement plus particulièrement chargés du suivi

Photo E. Torres



des dossiers médicaux, des vaccinations et de l'élimination des déchets de soins.

Nous disposons de quatre vétérinaires, ce qui est très utile dans ce département rural.

Nous n'avons pas de pharmacie départementale mais il existe certainement des solutions plus souples et moins coûteuses ? Notre idée est de valider nos 27 médecins comme « référents SAMU » et de se passer de PUI en les dotant de caisses médicales scellées que nous aimerions leur faire délivrer par un pharmacien hospitalier.

FACE AU FEU

Nous venons de mettre en place une astreinte feu de forêt durant les mois de juillet et d'août. Dès lors que trois groupes (GIFF) sont en action, un infirmier est envoyé sur place avec un VSAV tout équipé. A partir de cinq groupes nous engageons un binôme médecin / infirmier.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Depuis l'accident d'HBE survenu en 2000, nous avons développé la prise en charge psychologique des SP. Deux psychologues (bientôt quatre) sont attachés au SDIS. Leur mission concerne la formation des intervenants, le débriefing « au cul du camion » après les interventions affectivement lourdes et la supervision des entretiens lors des commissions de recrutement. Ils sont un « plus » indispensable pour notre département. ■

NDLR :

J'ai fait la connaissance du docteur Jean-Paul Domenge voici une quinzaine d'années. Alors jeune médecin urgentiste, j'ai appris à son contact que la médecine d'urgence ne s'exerce pas seulement - loin s'en faut - au SAMU. Aussi, c'est en grande partie à lui que je dois ma vocation de médecin sapeur-pompier. Puissent ces quelques lignes lui témoigner ma gratitude et mon amitié.

Med. Cdt Eric TORRES

HÉPATITE A

Deux épidémies d'hépatite A en Bulgarie : près de 5 000 cas ont été recensés.

DENGUE

Les chiffres officiels concernant les cas de Dengue aux Philippines doivent bénéficier d'un facteur correcteur de 81%, qui correspond aux cas non déclarés. Toujours pour la même pathologie, 40 décès ont été recensés en République Dominicaine, et forte poussée en Haïti. Le Brésil subit une épidémie historique (état de Sao Paulo). Au Vietnam, deux fois plus de cas sont recensés par rapport à la même période de l'année dernière.

RAGE

Durant les six premiers mois de l'année, 1 874 décès du fait de la rage ont été notés en Chine.

PALUDISME

Dans la province de Anhui, à mi-chemin entre Pékin et Shanghai, les cas de paludisme à P. vivax sont 90% plus nombreux que l'année dernière.

GRIPPE

L'OMS a lancé fin octobre un plan destiné à augmenter les capacités de production de vaccins contre une pandémie de grippe due au virus H5N1. Un investissement de 10 milliards (!) de dollars est nécessaire. Si aucun vaccin contre le virus n'est encore disponible, des résultats encourageants ont été enregistrés dans la recherche par plusieurs entreprises comme Novartis, Sanofi et DSK.

A Noter

ATTENTATS SIMULÉS

A l'initiative du Haut Comité Français pour la Défense Civile, un exercice gouvernemental, simulant cinq attentats simultanés dans les transports en commun (« METRO 06 »), a été organisé le 25 octobre.

Cet exercice d'Etat Major ne comportait aucun exercice sur le terrain. Il devait tester la rapidité de prise de décision et la circulation de l'information. Il a permis aussi de valider les plans opérationnels de gestion de crise.

Médecine de catastrophe

Une implication institutionnelle du 3SM

Médecin Colonel Francis LEVY - SDIS 68

Les travaux de l'« International Disaster Reduction Conference » ont eu lieu à Davos (Suisse) du 27 août au 1^{er} septembre 2006. Cette conférence qui regroupait des représentants du monde entier était organisée sous l'égide de l'ONU et de l'ensemble de ses agences...



Cette manifestation regroupait des participants venus de multiples horizons : administrations nationales, régionales et locales, services de secours, protection civile, ONG, industries et de nombreux universitaires.

LARGE PROGRAMME

Les thèmes principaux allaient de l'analyse des risques à leur gouvernance en intégrant les aspects techniques, économiques, culturels, de santé, psychologiques et sociologiques. L'ensemble des thèmes d'actualité a été balayé dans les risques naturels, technologiques, biologiques, sociaux et terrorisme. Il n'est pas possible de faire une synthèse de toutes les présentations. Les points qui m'ont paru les plus novateurs concernent les biorisques, le risque chimique, et surtout tout ce qui est relatif au management des catastrophes.

RISQUE BIOLOGIQUE

Concernant la pandémie grippale en attente, plusieurs problèmes ont été discutés en particulier le niveau stratégique d'intervention des pouvoirs publics, l'intérêt des mesures barrières ainsi que ce qui

se passerait en l'absence de mise au point rapide d'un vaccin antigrippal. Beaucoup de scientifiques paraissent avoir des doutes sur l'efficacité réelle des médicaments anti-grippaux pour réduire une pandémie.

Pour ce qui est du bioterrorisme et des risques biologiques il existe un certain consensus sur la nécessité de se doter au niveau international d'une agence de contrôle des produits et recherches biologiques à l'identique de l'agence de contrôle de l'énergie nucléaire de Vienne avec de vrais pouvoirs de contrôle en particulier sur la sécurité des agents viraux et biologiques, de leurs échanges et de leur utilisation.

RISQUE CHIMIQUE

Au plan de la détection du risque chimique les travaux qui ont été présentés par les différents scientifiques ont essentiellement été dirigés sur les méthodes de détection précoce. Il semble que la détection enzymatique basée sur les acétylcholinestérases soit la méthode la

plus satisfaisante pour déterminer si les produits chimiques sont présents avec un risque pour l'homme et l'environnement.

MESURER ET ÉVALUER

Les indicateurs de risques (disaster deficit index, local disaster index, prevalent vulnerability index, risk management index, life quality index) mesurent la performance de la gouvernance du risque tant environnemental, que social et économique. Ils permettent la mise en place d'outils de management des catastrophes qui se comprennent dans une véritable recherche opérationnelle, c'est-à-dire l'étude de problèmes complexes de prise de décision à travers des modèles mathématiques et des algorithmes. La recherche opérationnelle étant comprise comme la science de la décision. Un grand nombre d'universités ont développés des départements interdisciplinaires qui prennent ces recherches en compte.

QUESTION DE PHILOSOPHIE

La philosophie de l'organisation des secours évolue de l'assistance à la population à la notion de préparation de la société aux catastrophes. En effet il est considéré que l'urbanisation massive, le développement démographique, la fragilité des réseaux et l'ampleur possible des catastrophes ne permet plus d'apporter des



secours rapides immédiats à tout le monde et qu'en compensation il vaut mieux former les populations à se prendre en charge de façon plus autonome au moins les premiers jours d'un évènement majeur. A ce titre les retours d'expérience de l'ouragan Katrina, du séisme du Pakistan et du Tsunami du sud est asiatique furent très explicites.

Cette conférence a été très riche et témoigne d'un secteur en fort développement au niveau international. On ne peut que regretter la faible participation française et il conviendrait d'encourager nos universités à développer la recherche dans ces domaines. ■

Aptitude, prévention et informatique

Le groupement « Santé / Travail »

Lt-Col. Joel DALLÉRAC - Médecin Chef Adjoint 3SM 35

Le 1^{er} janvier 2000, le SDIS 35 était départementalisé. Le challenge du 3SM : se déployer dans une dimension départementale à partir de structures et de fonctionnements locaux. Profitant de la dynamique liée à l'arrivée d'un nouveau Médecin Chef, le 3SM mis alors en place un organigramme compatible avec cette nouvelle organisation...

- Nous avons intégré 1 à 2 officiers de santé au sein de chaque état major de groupement, permettant ainsi de récupérer les informations de terrain et de prendre en compte la dimension « Santé » de chacune des actions menées.
- Le Service de Santé s'est organisé en 4 groupements :
 - « **Santé-Travail** », pour la médecine d'aptitude, de prévention et le soutien psychologique.
 - « **Santé-Secours** » pour l'organisation opérationnelle.
 - « **Santé-Instruction** » pour la formation des sapeurs-pompiers et des personnels de santé.
 - « **Santé-Logistique** » pour la PUI et la gestion, la distribution et le contrôle des matériels médico-secouristes et des dispositifs médicaux.

MÉDECINE D'APTITUDE

Dans le cadre des activités réglementaires du 3SM, les visites médicales représentent un volume d'activité important nécessitant une bonne organisation et une rationalisation des procédures.

• **Objectifs :** L'enjeu était de faire bénéficier les SP d'une « médecine du travail » de qualité. Il fallait

donc mettre en place un outil centralisé, avec une base de données unique, accessible par l'ensemble des acteurs de l'aptitude et facilement interfaçable avec les différents appareils d'exploration fonctionnelle (arrêté du 06 mai 2000).

• **Moyens :** Sachant que l'une des composantes du SDIS disposait déjà d'un outil avec une base de donnée conséquente, il a été décidé de déployer cet outil sur l'ensemble du département. L'outil de

base était le logiciel MEDISAP développé par la société A PROPOS et qui nous avait donné satisfaction depuis 1995, sachant que les fonctionnalités d'alors étaient plus restreintes qu'à ce jour mais qu'elles correspondaient aux besoins de l'époque. Nous avons alors mis en place 6 cabinets médicaux supplémentaires répartis sur le département au siège des compagnies, s'ajoutant à celui déjà implanté dans un CSP rennais.

L'ensemble de l'activité était gérée à partir d'un secrétariat au cabinet rennais. La difficulté qui s'est présentée est que certains agents passaient leurs visites dans plusieurs cabinets, d'où l'impossibilité de croiser les informations et de suivre les dossiers à partir du secrétariat centralisé.

La solution s'est imposée lorsque la société A PROPOS a redéveloppé son logiciel en version Web. La contrainte que nous avons imposée à cette société fut la fusion des 7 bases en une seule sur un serveur implanté à la Direction Départementale tout en conservant la totalité des informations, créant ainsi un système informatique global fonctionnant en réseau et permettant une gestion centralisée.

Grâce à l'implication du service informatique du SDIS et à la motivation de la société A PROPOS le pari fut gagné et la mise en place du nouveau système a pu être réalisé début avril 2006 après 1 mois

1/2 d'arrêt d'activité nécessaire à la récupération et à la fusion des données.

• **Organisation actuelle :** Les visites médicales ont lieu dans les 7 cabinets du département dont un cabinet principal de recrutement et d'expertise situé à Rennes.

Ces visites sont organisées et gérées par un secrétariat central situé auprès du cabinet principal de Rennes et comportant 2 secrétaires à temps plein. Ce secrétariat a, en outre, la charge de tenir à jour les dossiers médicaux des agents, de veiller au suivi des vaccinations et de programmer les visites de spécialités. Les visites se font en binôme : l'infirmier réalise les explorations fonctionnelles dont les résultats sont directement intégrés dans le dossier médical de l'agent, tandis que le médecin réalise l'examen qu'il consigne dans le dossier informatique et rédige les certificats et les prescriptions éventuelles.

VERS UNE VRAIE MÉDECINE DU TRAVAIL ET DE PRÉVENTION

• **Projet :** transformer la visite d'aptitude en véritable visite de médecine du travail en y incluant une dimension de prévention, quitte à profiter de la dernière modification de l'arrêté du 6 mai 2000 pour diminuer la fréquence des visites (sauf pour les professionnels qui ont droit à une visite annuelle, conformément au code du travail) et entreprendre une démarche de qualité sur ces visites.

• **Moyens pour y parvenir :**

- Créer, au sein de l'équipe un pool de quelques médecins (5 ou 6) travaillant de manière fixe pour le SDIS une journée par semaine, in-



demnisés correctement, qui d'une part seraient formés à la médecine du travail et de prévention par un médecin du travail SPV dont nous disposons dans nos effectifs et d'autre part maîtriseraient l'outil informatique MEDISAP.

- Mettre en place une formation continue pour l'ensemble des personnels habilités à la détermination d'aptitude, avec des niveaux pour les ISP, les médecins SPV et les médecins référents.

- Faire évoluer le logiciel MEDISAP vers l'outil que nous souhaitons. Pour cela la société A PROPOS développe actuellement des modules de planification, d'édition et de statistiques (permettant la réalisation de bilans d'activité et de requêtes à des fins d'enquêtes ou d'études épidémiologiques ou statistiques) et un futur module de risques professionnels et de médecine de prévention. L'atout majeur du logiciel MEDISAP est qu'il est développé dans l'esprit de se mettre au service de l'utilisateur et qu'il évoluera par le biais de clubs d'utilisateurs.

CONCLUSION

La mise en place de ce système repose sur un triptyque incontournable :

- Un service de santé moteur dans le domaine de l'aptitude acceptant le rôle de site pilote pour tester les évolutions du produit et susceptible de faire évoluer celui-ci en concertation avec les autres SDIS utilisateurs.

- Un service informatique du SDIS compétent avec lequel le médecin administrateur de MEDISAP doit établir des relations de confiance pour le choix des produits et la maintenance.

- Une société (A PROPOS) avec un service technique réactif acceptant de développer son logiciel en partenariat avec les utilisateurs en respectant leurs contraintes et leur expérience.

La multiplication des SDIS possesseurs de ce logiciel devrait faciliter les échanges de dossiers lors des mutations, l'harmonisation de la pratique médicale en terme de médecine d'aptitude et de prévention ainsi que la conduite d'études de grande ampleur en matière d'épidémiologie et de médecine de prévention. ■

3^{ÈMES} JOURNÉES NATIONALES DES INFIRMIERS DE SAPEURS- POMPIERS

La nouvelle édition des Journées Nationales des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers se tiendra les vendredi 18 et samedi 19 mai 2007 à Clermont-Ferrand. Organisée par l'Association Nationale des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (ANISP), cette manifestation prend cette année une nouvelle ampleur puisqu'elle propose un congrès plus dense (deux journées de formations au lieu d'une seule) et plus pratique (moins de conférences et plus d'ateliers). Un rendez-vous à ne pas manquer !

Lu pour VOUS

PRENEZ LE POULS !

Une étude réalisée par le Dr Xavier Jouven, coordonnateur d'une équipe de l'INSERM, à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris, établit un lien entre l'abaissement de la fréquence cardiaque au repos sur cinq ans et la réduction du risque de mortalité. Les hommes dont la fréquence cardiaque de repos a diminué de plus de 7 battements par minute au cours de cinq années ont vu leur risque de mortalité abaissé de près de 20%, comparés à ceux dont la fréquence au repos était restée stable. En revanche, l'augmentation du rythme cardiaque au repos s'est traduit par accroissement du risque de mortalité de près de 50%...

C'est en tout cas ce qu'affirme cette étude portant sur plus de 4000 hommes suivis durant plus de 20 ans et présentée à l'occasion du congrès annuel de l'American Heart Association, organisé courant novembre à Chicago.

NDLR : la prise du pouls pourrait dont constituer un moyen de dépistage simple et peu onéreux dont l'intérêt n'échappera pas à ceux d'entre nous qui s'impliquent dans les visites d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers.

Barbecue et mydriase

Boris MARTIN LE PLADEC - IDE

« Chargez à 300 Boris !... »

« Oui, Docteur, c'est parti !... on dégage !... » clic,

« 1^{er} choc : 11h22 ! »

Voilà 33 minutes que le VSAV est arrivé sur les lieux. « Patient instable » ils avaient dit à la régul... Ça pour être instable...

COMME UN VER DE TERRE

À peine arrivé on fait comme d'hab : mise en place du masque à oxygène, des électrodes sur le thorax, du brassard à tension artérielle... mais là... après ces gestes routiniers, voilà que l'on n'observe pas le tracé du commun des mortels sur le moniteur... Non, pas cette fois... Mais plutôt une espèce de ver de terre remuant, comme si un sale mome l'avait coupé en deux ! ...

« Vite, vérifie les électrodes, je regarde les pupilles ». Les deux jeunes pompiers commencent à se regarder, les yeux écarquillés, comme pour se rassurer l'un l'autre... Mais il faudra bien se décider à ouvrir la bouche et à lancer un « Docteur ! On a un problème ! » Coup de bol, le médecin arrive juste. Mydriase bilatérale...

VOUS ALLEZ LE SAUVER ?

Là tout va très vite. J'aperçois la scène depuis le jardin où j'ai garé la VL, de l'autre côté de la terrasse. Après avoir lancé un « sur les lieux » au CTA, je prends mon sac rouge, celui avec « réa adulte » écrit dessus. Je passe devant une file indienne bien alignée qui nous regarde fixement comme pour dire : « vous allez le sauver hein ? »

« Je peux être utile ? »

Pas de réponse, je vois bien que toutes les mains disponibles ser-

vent déjà. Un pompier masse. Je découvre un gros monsieur, presque obèse. Le doc est à la tête, je pose une voie, mes autres collègues prennent en charge la préparation des drogues. Le doc lance « 1 adrè ! et préparez-en deux autres ! ».

Je regarde l'équipière qui masse depuis deux minutes ; il fait chaud sur cette terrasse en plein soleil et elle commence sérieusement à virer au rouge cerise... « Je te remplace ? » « hhh...ok... hhh ». Je me place au-dessus de ce gros thorax, je regarde la face entre le bleu et le blanc de cet homme, qui voit déjà le fameux tunnel. Il doit en être presque au bout.

Il a les yeux clos, un tube lui sort de la bouche, il est calme, serein même, détendu. Il n'a pas dû se rendre compte de grand chose le pauvre type... Heureusement. C'est vraiment con de finir sur des dalles autour d'un barbecue, à poil, même entouré de jeunes et belles secouristes.

TOUT ALLAIT BIEN JUSQUE LÀ

« Ses antécédents ! Quelqu'un les connaît ? » Le doc voudrait bien en savoir plus. Nous sommes lundi matin, 10h50, il commence à peine sa garde... Plutôt moche comme entrée en scène. Un membre de la famille s'approche :

« Il a passé une épreuve d'effort hier chez le cardio, tout allait bien jusque là ! Mais il s'est tenu la poitrine...et pof... ! »

Je masse toujours, comme on me l'a appris, 100/min. Crevant ! Et là en regardant tantôt le scope, tan-

tôt le doc, je repense à mes élèves de secourisme. Y a pas deux semaines, je leur apprenais ce geste qui « sauve des vies »... Et bien pas là ! même si j'y mets du cœur...

ON AURA TOUT TENTÉ

Les regards se croisent, le silence s'installe. Au-dessus des pleurs, on n'entend plus que mon collègue qui m'a remplacé au massage, le bruit du BAVU qui envoie de l'oxygène au patient, et l'alarme qui se déclenche « Asystolie » DING DING DING !!! En vérité c'est une dissociation électromécanique.

« 3 minutes depuis dernière adrè ! »

Toujours ces paires d'yeux mouillés qui observent nos moindres faits et gestes sans rien y comprendre.

« Bon..., défi ! » Le médecin sait comme nous que le patient n'a pas plus de rythme défibrillable que de chance de survivre. Mais c'est un peu pour dire à la famille « on aura tout tenté... »

COMME UN HAUSSEMENT D'ÉPAULE

« 1^{er} choc : 11h22 ! » Lors de la décharge de 300 joules, les bras du patient sont venus caresser les miens. C'est une sorte de réflexe que je connais bien. Les bras partent en l'air, comme un grand haussement d'épaule, comme une révérence faite à l'équipe de réanimation amassée autour de lui.

Qu'est ce qui s'est passé ? Pourquoi meurt-on à 51 ans pendant la crémaillère de sa jeune fille ?

Premier et dernier choc.

On masse encore trois minutes, le médecin se relève : « ...On arrête là, ça ne sert plus à rien... »

Heure du décès : 11h29. ■

Vous le saurez L'hélicoptère en France

A ce jour, et hormis les hélicoptères militaires (dont le nombre est loin d'être négligeable), 875 aéronefs à voilure tournante sont opérationnels dans notre pays. 500 d'entre eux sont gérés par des exploitants privés. Ces machines ef-



fectuent environ 150 000 heures de vol dans l'année.

Cette activité génère un chiffre d'affaire considérable que l'on peut évaluer approximativement à 340 millions d'euros. Elle permet, en outre, d'employer de l'ordre de 1 800 personnes. ■

Source Hélico&Jet N°4
(Octobre / novembre 2006)



Photo du N°

Affluence record aux Journées «Secours Santé 2006» : Ce sont près de 1000 membres du 3SM qui se sont retrouvés cette année à Nantes.

Une attelle intelligente The Reel Splint (REEL Research)

La contention des traumatismes des membres inférieurs est importante sur le plan de l'analgésie. Elle permet en outre de préserver les éléments vasculo-nerveux. Il existe deux grands types d'attelles.

- Les attelles « à dépression » qui s'adaptent au membre, mais manquent de rigidité et ne peuvent être mises en traction.
- Les attelles rigides qui bloquent parfaitement le membre, mais ne peuvent s'adapter à ses déformations.

La Société REEL Research a mis au point une attelle rigide de longueur réglable, pouvant à la fois être mise en traction, et s'anguler au niveau du genou.

PRÉSENTATION

Alliant bandes de serrage en tissu résistant et structures rigides, l'at-



Photo E. Torres

telle (pliable) tient dans une sacoche de 60 x 40 cm. Elle pèse moins de 5 kg. La partie distale, destinée à la mise en extension peut être retirée. La taille de chaque demimembre peut être réglée précisément. L'angulation du genou peut se faire en vertical et en horizontal, permettant une adaptabilité parfaite au membre lésé. Trois arcs recouverts de mousse servent à la rigidification et à la manipulation de l'attelle.

POSITIONNEMENT

Pour qui est habitué à manipuler du matériel de contention, l'utilisation de l'attelle est simple et ne nécessite pas le recours à un mode d'emploi. Elle peut être mise en place sur les patients incarcérés. Elle s'adapte à toutes les angulations de la jambe ainsi qu'à toutes les déformations du genou.

La mise en traction est tout à fait astucieuse : elle s'effectue par enroulement progressif d'une sangle autour d'un axe situé à l'extrémité de l'attelle.

NOTRE AVIS

Cet appareil, testé et approuvé par les forces armées américaine, a fait la preuve de sa solidité, de sa facilité d'emploi et surtout de son efficacité. Nous la recommandons sans hésiter à toutes les équipes de secouristes.

Informations :

Reel Research and Development
info@splints.com
www.splints.com

Postes à POURVOIR

Le 3SM se professionnalise. L'ouverture de nombreux postes au sein de plusieurs départements en témoigne...

La Saône et Loire recherche un médecin chef. Le Cantal un médecin chef adjoint. Le Maine et Loire, l'Oise et l'Île et Vilaine (2 postes) recherchent des médecins de groupement. La Dordogne et les Yvelines (2 postes) recrutent des médecins de 2^{ème} classe. Ce sont des pharmaciens 2^{ème} classe qui sont attendus dans la Drôme, dans l'Eure et Loire et dans le Loiret.

Par ailleurs les infirmiers professionnels seront les bienvenus en Isère, dans les Deux Sèvres, dans la Somme, dans les Yvelines (2 postes) ainsi que dans le Pas de Calais...

L'ACR en 2005 dans les Yvelines

Analyse rétrospective à partir de 787 cas

Médecin de 1^{ère} classe Michel VOEGELI – Médecin de classe exceptionnelle François RESNIER
Service de santé et de secours médical du SDIS 78

Les Yvelines sont un département de la grande couronne : population 1 376 171 habitants, superficie de 2 309 km². Il compte 262 communes dont 11 de plus de 30 000 habitants.

Les Services d'incendie et de secours des Yvelines comptent 2810 sapeurs-pompiers (1121 SPP et 1689 SPV volontaires). Ils sont répartis sur 54 Centres d'intervention et de secours. Ce département est divisé en 3 groupements territoriaux opérationnels (Est, Ouest et Sud) et un groupement fonctionnel des services.

ASPECT OPÉRATIONNEL DU SECOURS À PERSONNES

Pour l'année 2005, sur les 102341 interventions des Services d'incendie et de secours des Yvelines, le secours à personnes comptabilise 79774 interventions soit une proportion de 77,95% des interventions.

Ce dernier a montré une augmentation de 7,06% entre les années 2004 et 2005, pour une progression du nombre d'interventions dans cette même période de 4,88%.

Le nombre d'intervention pour arrêt cardio-circulatoire est de 787 cas pour l'année 2005, toute étiologie confondue soit 0,98% des interventions pour secours à personnes.

LE PLAN D'ÉQUIPEMENT

Le plan d'équipement des VSAV et de formation à l'utilisation du DSA pour tous les SP s'est inscrit sur une période de 3 ans à compter du mois de juillet 2003. Cette période inclut la mise en œuvre de la transmission des données et leur exploitation.

DONNÉES POUR 2005

L'année 2005 compte 787 interventions pour arrêt cardio-respiratoire, toute étiologie confondue à l'exclusion de 11 dossiers (dysfonctionnement informatique) et de 9 fichiers (fichiers informatiques non renseignés), soit respectivement 1,39% et 1,14% des don-

nées initiales. L'échantillon exploitable pour cette étude se compose *in fine* de 767 dossiers exploitables d'arrêt cardio-respiratoire (615 d'origine cardiaque et 152 d'origine non cardiaque soit respectivement 80,18% et 19,81% de l'échantillon initial). Le ratio homme/femme est respectivement de 464 pour 303.

LES CONSTATATIONS

Répartition des ACR suivant les catégories d'âges : la distribution des arrêts cardio-respiratoires répond à une loi gaussienne avec deux pics respectivement dans la tranche d'âge 81-90 ans pour les arrêts cardio-respiratoires «cardiogéniques» et 41-50 ans pour les arrêts cardio-respiratoires « non cardiogéniques » :

La mise en œuvre de la cardiopompe est de première intention pour toute RCP. Elle est retrouvée dans 60,08% des cas.



LES ARRÊTS CARDIAQUES « CARDIOGÉNIQUES »

Ils concernent 97,45% de l'échantillon de données pour l'année 2005. L'année 2005 comptabilise 615 sorties pour arrêt cardio-respiratoire d'origine cardiogénique avec des dossiers exploitables dont 497 ACR sans fibrillation et 118 cas de fibrillation ventriculaire (104 fibrillations ventriculaires isolées et 14 fibrillations associées à un IDM). Les fibrillations ventri-

culaires représentent 19,18% des prises en charge des arrêts cardio-respiratoires d'origine cardiogénique (89 hommes pour 29 femmes). Ces 118 personnes ont reçu en tout 438 chocs avec le ratio homme / femme respectivement de 341 pour 97. Les fibrillations ventriculaires dans notre étude seront donc retrouvées chez les personnes de sexe masculin dans 75,42%. Le nombre de chocs délivrés par prise en charge semble proportionnellement plus élevé pour la population masculine avec un ratio de 3,83 pour les hommes alors que les femmes ont un ratio de 3,34. Les fibrillations pour l'homme se répartissent en 13 cas de fibrillations isolées et 76 cas de fibrillations associées à un infarctus du myocarde. Pour ce qui est de la femme, nous retrouvons 1 cas de fibrillation isolée et 28 cas de fibrillations associées à un infarctus myocardique.

28 évacuations soit 23,72% (20 fibrillations ventriculaires isolées et 8 fibrillations associées à un infarctus myocardique) avec le ratio de 21 hommes pour 7 femmes. Pour les hommes : 14 fibrillations ventriculaires isolées et 7 fibrillations associées à un infarctus myocardique. Pour les femmes : 1 fibrillation associée à un infarctus du myocarde et 6 fibrillations ventriculaires isolées.

Dans l'échantillon des hommes, 4 cas de fibrillations ventriculaires isolées ont été pris en compte mais leur origine est non cardiaque puisque ces fibrillations surviennent dans les suites d'une pendaison pour 2 cas, d'une intoxication médicamenteuse volontaire pour un cas et la quatrième sur hyperkaliémie dans le cadre d'une insuffisance rénale chronique avec syndrome de rejet post-greffe. L'évolution de ces 4 cas sera défavorable.



DEVENIR DES ARRÊTS CARDIAQUES « CARDIOGÉNIQUES »

L'échantillon de cette étude se compose de 28 cas avec un ratio de 21 hommes pour 7 femmes.

Pour l'échantillon masculin : 7 personnes sorties vivantes de l'hôpital avec un ratio de 5 hommes pour 2 femmes soit une survie de 25,92% pour les fibrillations ventriculaires pris en charge et évacuées en 2005, 4 hommes avec une fibrillation associée à un infarctus myocardique, 1 homme et 2 femmes avec une fibrillation isolée. 5 personnes ont bénéficié d'une RCP avec CARDIOPOMPE®, 4 seulement ont eu des premiers gestes par les premiers intervenants.

Dans l'étude du suivi de l'arrêt cardio-respiratoire, la complication majeure est représentée par l'encéphalopathie post anoxique. Nous retrouvons un cas catalogué comme incapacité grave et deux cas catalogués comme incapacité modérée.

- 3 facteurs pronostic d'une fibrillation ventriculaire : la longueur du délai de mise en œuvre du défibrillation semi-automatique, la persistance de la fibrillation ventriculaire malgré la délivrance de chocs et l'association à la fibrillation ventriculaire d'un infarctus du myocarde.

- Trois paramètres à prendre en compte : la durée de l'anoxie, le délai de survenue de fibrillation ventriculaire au cours d'une R.C.P. et le nombre de chocs délivrés au cours de la R.C.P.

- Une constatation : notre étude ne retrouve pas de survie pour des délais de survenue de fibrillations supérieurs à 20 minutes ni pour des R.C.P. comportant plus de 4 chocs. ■



ACLS à Nantes

La rédaction

En prélude aux Journées « Secours Santé 2006 » un cours ACLS était organisé par Boehringer Ingelheim et Urgence Pratique Formation.

Quatorze confrères ont planché avec bonheur pendant deux jours et sont repartis pleins de connaissance et de sagesse...

Jean Marc BOIN

Installé à Carnac dans le Morbihan, médecin SP depuis 23 ans.

J'ai trouvé ce stage très pratique et très rigoureux. Le moins qu'on puisse dire c'est qu'il « dépoussière » tout ce que nous avons appris depuis des années dans des



cours ou des enseignements universitaires et post universitaires qui étaient souvent pour le moins obscurs.

Michel WEBER

Médecin Chef de la Marne.

Ce stage me paraît indispensable pour tous les médecins sapeurs-pompiers. Il nous permet d'avoir une approche très systématisée et très synthétique des victimes que nous sommes amenés à prendre en charge dans le cadre de nos missions. En ce qui concerne l'arrêt cardio-respiratoire, en particulier, ce cours nous apprend à parfaitement maîtriser la conduite à tenir au cours de ces fameuses dix premières minutes. Je trouve, par ailleurs, que cette formation est tout à fait dans l'esprit de l'enseignement à la lecture de l'ECG que nous organisons aussi avec le soutien des Laboratoires Boehringer Ingelheim.

Bien que ces cours soient beaucoup plus accés sur le suivi médical des sapeurs-pompiers, la philosophie et le pragmatisme qui sont les leurs sont à l'évidence

identiques. Un seul et même souci pédagogique : simplifier et clarifier les connaissances de chacun pour offrir à tous une pratique encore plus efficace.

A noter :

Le dernier stage ACLS de l'année 2006 proposé par Boehringer Ingelheim et Urgence Pratique Formation, réservé exclusivement aux médecins sapeurs-pompiers, a eu lieu à Beaune les 8 et 9 décembre 2006. ■



HELIMED



2007

www.helimed.org



3^{ème} CONGRÈS INTERNATIONAL TRANSPORTS SANITAIRES HÉLIPORTÉS

3rd INTERNATIONAL CONGRESS OF HELICOPTER-AMBULANCE SERVICES

DAX (LANDES)
28-29-30 MARS 2007
March 28/29/30 2007















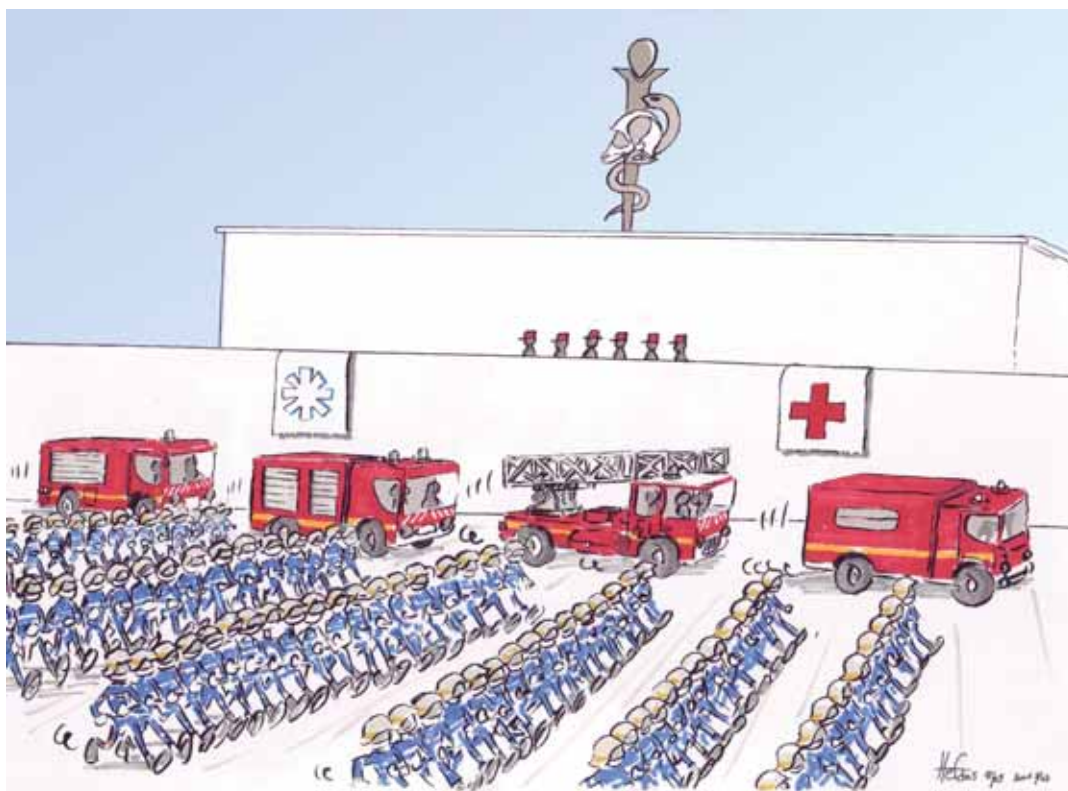
INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS :



MCO Congrès

Tél : +33 (0)4 95 09 38 00 • Fax : +33 (0)4 95 09 38 01

e-mail : info@helimed.org



Armée rouge !

Méd Cpt Diafoirus

Certains cadres « képis noirs » craignent une trop forte emprise du 3SM sur le fonctionnement des SDIS. Cette angoisse s'est même traduite, parfois, par une tendance

à la somatisation conduisant à consultation et à la réalisation d'examens complémentaires. La numérisation de potentiels évoqués mesurés au niveau de l'hypocampe a pu produire cette rare image.

Les confrères appelés en renfort ont immédiatement prescrit un

traitement salvateur : comparaison des budgets alloués au 3SM et aux autres structures des SDIS. 3 CH en 4 prises par jour. En moins d'une semaine nos camarades étaient guéris et des contrôles effectués ont pu montrer une inversion des couleurs des képis à la tribune. ■

Prévention Routière

Une nouvelle initiative

La rédaction

Consciente du rôle que peuvent jouer les médecins en matière de prévention des accidents, la Prévention Routière vient d'éditer une plaquette d'informations à destination des praticiens qui sera diffusée gratuitement à 250.000 exemplaires.

Ce document rappelle notamment la réglementation en ce qui concerne l'aptitude médicale à la conduite, compte tenu, notamment, des pathologies dont souffrent leurs patients, de leurs éventuelles addictions et des traitements qui leur sont prescrits. Ce rappel réglementaire s'accompagne de recommandations pour les principales pathologies. Cette initiative est d'autant plus opportune que les médecins, comme l'ont souligné les respon-

sables de la Prévention Routière, sont tenus d'informer leurs patients des conséquences que peuvent entraîner les actes médicaux ou les prescriptions sur l'aptitude à la conduite. S'ils ne peuvent apporter la preuve que cette informa-



Brochure réalisée par le Centre d'Études et de Recherches en Médecine du Travail et la Prévention Routière, avec le soutien de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances et du Conseil National de l'Ordre des Médecins.



tion a bien été délivrée, leur responsabilité directe pourrait être engagée devant les tribunaux. Les médecins sont également tenus d'informer les patients des conséquences de leurs pathologies sur la conduite automobile et de les inciter à se présenter, le cas échéant, devant des médecins agréés pour les visites médicales des permis ou devant les commissions médicales des permis de conduite. Cette brochure a été rédigée avec le soutien de la Fédération française des sociétés d'assurances et du Conseil national de l'Ordre de médecins. Par ailleurs, la Prévention Routière a mis au point un kit pédagogique très bien conçu composé d'un diaporama et d'une cinquantaine de fiches techniques destinés aux enseignants en médecine pour les aider à sensibiliser les étudiants à ces questions. Le kit pédagogique et la brochure destinée aux médecins sont téléchargeables gratuitement : www.preventionroutiere.asso.fr ■

Formations ACLS



Le château de Valabres.

Saison 2007

ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

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

• Durée de la formation : 2 jours

Informations & inscriptions :

Urgence Pratique Formation

Tél : 04.67.73.18.24

formation@urgence-pratique.com

www.urgence-pratique.com

Dates des prochains stages :

21-22 mai 2007

17-18 ou 19-20 sept 2007

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

La formation : 495 Euros*

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

Colloque SFMC

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE DE CATASTROPHE

La SFMC organise en partenariat avec la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris et le Haut Comité Français pour la Défense Civile, un colloque sur le thème :

« Appui santé international pour catastrophes ».

Cette manifestation se tiendra le 23 janvier prochain à l'Ecole du Val de Grâce (Paris).

Renseignements et inscription auprès de la Société Française de Médecine de Catastrophe, 47 rue de Falkirk, 94000, Créteil. Tél : 01 43 99 53 65

Courriel : med_cata@clubinternet.fr

T esté pour VOUS

e+LITE, LAMPE FRONTALE DE SECOURS

La société Petzl, bien connue du monde du secours, a conçu la lampe e+LITE comme un équipement de survie à utiliser en cas d'imprévu : oubli ou défaillance technique de votre lampe frontale habituelle, piles déchargées... Rangée en permanence dans un endroit accessible, sa disponibilité peut vous tirer de bien des mauvais pas. Elle reste fonctionnelle, quel que soit l'environnement (froid, chaud, humide). Enfin, et c'est là sa propriété la plus intéressante, les piles au lithium fournies avec la lampe ne se déchargent pas, et ce, même après 10 années de stockage !



Les caractéristiques de ce produit original sont surprenantes : elle éclaire jusqu'à 19 m et offre jusqu'à 45 heures d'autonomie. Compacte et ultra légère (27 g seulement), elle résiste aux chocs (on peut même marcher dessus sans l'endommager). Elle est étanche à 1 m. Elle est antidéflagrante (Certifiée ATEX / zone 2 et 22). Elle possède plusieurs niveaux d'éclairage, dont un mode clignotant pour se signaler et un éclairage rouge pour préserver la vision de nuit (très utile à ceux d'entre nous qui médicalisent des patients à bord d'un hélicoptère). Il est possible de la placer sur le front, au poignet, sur une poche, sur une ceinture, sur une sangle de sac à dos... Enfin, sa source lumineuse est orientable à 360°.

Un accessoire indispensable qui trouvera naturellement sa place, nous n'en doutons pas, dans vos sacs d'intervention.

Fabriquée par Petzl

Prix conseillé : 23 € TTC

NDLR : Un test de ce produit « en situation » est dans prévu un prochain numéro.

Urgences préhospitalières

Une approche par étude de cas

SCh Georges BRANDT - CSP Mulhouse (SDIS 68)

Toute crise vertigineuse ne révèle pas obligatoirement une pathologie ORL. Pour vous en convaincre, lisez ce qui suit et tentez de répondre aux questions...

LES FAITS

- Motif d'envoi des secours : 15h45. Vertiges chez un homme de 76 ans.
- A l'arrivée sur les lieux : Vous trouvez M. Milosivich, 76 ans, assis. Il est conscient et se focalise sur votre approche. La couleur de sa peau est normale.

EXAMEN PRIMAIRE

- Statut neurologique : conscient, réponse verbale orientée, glasgow à 15.
- Voies aériennes : libres, parle clairement : il répète « je n'arrive pas à me lever ».
- Respiration : FV 16/min.
- Circulation : peau de couleur normale, sèche, pouls radial régulier à 78/min, PA 146/82 mmHg.

ANAMNÈSE

- Événements : La femme du patient vous explique qu'après la sieste, il a essayé de se lever, mais a chuté ; M. Milosivich vous dit qu'il n'arrive pas à se tenir « droit ».
- Allergies : aucune connue
- Traitement : Hydrochlorothiazide.
- Antécédents : Prothèse Totale de Hanche (PTH) il y a deux ans, hypertension artérielle. Etat de santé actuel « relativement bon ».

EXAMEN CLINIQUE DIRIGÉ

- Paramètres vitaux : FC 78/min, FV 16/min, PA 146/82 mmHg
- Autres données pertinentes : ne bouge pas la jambe gauche à la demande, le bras gauche bouge difficilement, incapable de serrer la main ; vous explique qu'il ne « sait pas du tout d'où viennent sa jambe et son bras gauche » ; bouge correctement son bras et sa jambe droite ; auscultation sans particularité.
- Tests diagnostiques : glycémie 110 mg/dl.



QUESTIONS ET RÉPONSES

1. Qu'est ce qui est significatif dans l'histoire de M. Milosivich ?
HTA, incapacité à marcher.

2. Quelle est la relation entre les antécédents et le problème actuel ?
L'HTA prédispose aux AVC.

3. Quel est le niveau de gravité ?

Des études récentes suggèrent qu'il existe une fenêtre de 3 heures entre le début des symptômes d'AVC et le moment où un traitement spécifique peut agir. Le début des symptômes est considéré comme étant la dernière fois où le patient a été vu dans son état normal. Dans ce cas, il s'agit du moment où le patient est allé se coucher pour sa sieste. Bien que M. Milosivich paraisse stable à cet instant, un traitement rapide est très important. Un transport rapide vers une unité neurovasculaire spécialisée est indiqué.

4. Quelles actions immédiates entreprendre ?

Oxygénothérapie, monitoring cardiaque, VVP de sécurité (cristalloïdes).

5. En quoi l'examen clinique est-il significatif ?

L'apparition de symptômes durant ou après le sommeil est évocatrice d'un AVC ischémique par thrombose.

6. Quelle est la partie du cerveau affectée ?

L'hémisphère cérébral droit (qui contrôle l'hémicorps gauche).

7. Pourquoi les capacités d'élocution ne sont-elles pas affectées ?

Dans 85% des cas, les centres du langage sont localisés dans l'hémisphère gauche. Il y a donc une forte probabilité que le centre du langage ne soit pas touché.

8. Quel diagnostic éliminer ?

L'hypoglycémie doit être écartée par le contrôle de la glycémie capillaire.

9. En quoi l'HTA prédispose-t-elle aux AVC ?

L'HTA favorise l'apparition de plaques d'athérome. La rupture de ces plaques produit des caillots susceptibles d'emboliser (AVC ischémiques). L'HTA favorise également la formation d'anévrismes (AVC hémorragiques).

10. Cet AVC est de quel type ?

Probablement ischémique, les symptômes étant apparus après une sieste ou une période de repos. Ses signes vitaux et son niveau de conscience sont relativement stables, on ne retrouve pas de maux de tête ou de signes d'irritabilité du système nerveux central.

11. Que risque M. Milosivich ?

Risque de chute, risque d'inhalation (dès lors que le patient devient incapable d'articuler), risque d'extension du territoire lésé, risque de passage du stade d'accident ischémique transitoire au cas d'accident ischémique constitué (irréversible).

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

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

Brexin®

piroxicam β -cyclodextrine

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



(1) RCP Brexin® Propriétés pharmacocinétiques

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

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



Pierre Fabre

* (Pour une information complète, consulter le Vidal)

Technologie microbiocide interactive

Une protection respiratoire accrue contre les virus

Dr Claude LAMARRE - Post doctorant Institut Pasteur Unité des Aspergillus, Dept Parasitologie et Mycologie.

L'apparition du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), le risque de pandémie de grippe aviaire ou la menace d'un attentat bioterroriste portent à examiner le choix d'un appareil de protection respiratoire approprié pour les premiers intervenants.

Il existe trois classes d'efficacité pour les appareils de protection respiratoire jetables : FFP1, FFP2, FFP3. Cette efficacité est évaluée au moyen d'une procédure normalisée utilisant un aérosol sans activité biologique d'un diamètre moyen de $0,6 \mu\text{m}$. Un masque classifié FFP1 arrête au moins 80% de cet aérosol, un masque classifié FFP2 en arrête au moins 94% alors qu'un masque classifié FFP3 arrête au minimum 99% des particules en suspension ⁽⁷⁵⁾.

Aux États-Unis, un masque N95 est certifié sous la directive NIOSH 42 CFR 84 ⁽¹⁶⁾. Des particules neutres de chlorure de sodium (NaCl) d'un diamètre de $0,3 \mu\text{m}$ sont utilisées comme aérosol standard. La pénétration de ces particules à travers un masque certifié N95 ne peut excéder 5% ; donc l'efficacité du masque doit être d'au moins 95%. Un masque P95 possède également une efficacité particulière d'au moins 95% et est résistant aux huiles, ce qui s'avère nécessaire dans certains milieux industriels.

RECOMMANDATIONS INCONSTANTES

L'OMS recommande au personnel soignant d'utiliser des masques médicaux (*ex : chirurgicaux*) lorsqu'ils s'occupent de malades présentant, ou soupçonnés de présenter, les symptômes d'une grippe pandémique et le port de masques N95 (*ou autres masques comparables*) lors d'examens présentant une probabilité élevée de génération de particules aérosolisées par le patient (*intubation endotrachéale, aspiration, aérosol-thérapie*). Le plan national français



de préparation à une pandémie cite que « *Tous les professionnels de santé disposeront de masques, dits « dispositifs de protection respiratoire individuelle » (PRI), de type FFP2 ou à défaut FFP1* ».

Quant au plan national de préparation à une pandémie du Royaume-Uni, il ne spécifie pas quel type de protection respiratoire devrait être utilisé dans l'éventualité d'une grippe pandémique, mais d'autres documents émis par l'Agence de Protection de la Santé du Royaume-Uni recommandent le port de masques de type FFP3. Il y a donc inconsistance dans les recommandations émises par les agences de santé.

TECHNOLOGIE NOVATRICE

Triosyn Corp. a développé une technologie antimicrobienne novatrice nommée Triosyn. Qui consiste en un polymère anionique imprégné d'iode trivalent (I_3^-), très stable et qui réagit en fonction de la demande. Lorsqu'un micro-organisme tel une bactérie, un virus ou une moisissure passe à proximité de la Triosyn, l'iode triva-

lent se libère sous forme de I_2 qui pénètre rapidement la paroi cellulaire des micro-organismes. De plus, l'oxydation du groupe SH de l'acide aminé cystéine entraîne la perte de capacité de liaison des chaînes latérales protéiniques par un pont disulfide, un facteur important pour la synthèse des protéines. Les masques T-3000 et T-5000 sont constitués d'un matériel filtrant traité avec la Triosyn qui procure une protection antimicrobienne. Ils doivent être utilisés dans le cadre d'un programme de personnalisation de l'ajustement au visage afin de maximiser leur étanchéité au niveau du visage.

TESTS EN LABORATOIRE

Des études de filtration aérosol ont été réalisées en laboratoire à l'aide du Système de Test Bio Aérosol (STBA), afin d'évaluer la performance des dispositifs de protection respiratoire individuelle complets contre des virus en suspension dans l'air, ou aérosolisés. Ils ont permis d'évaluer l'Efficacité de Filtration Virale (EFV) du masque

T-3000 de Triosyn ainsi que d'un masque de type FFP2 et un autre de type FFP3, tous deux disponibles sur le marché.

Ces études ont clairement démontré que le masque T-3000 offre une EFV supérieure à celle des masques FFP2 et FFP3, en réalisant une réduction presque complète de la concentration virale de l'aérosol avec une EFV moyenne de 99.99%, alors que les masques commerciaux (*de type FFP2 et FFP3*) montrent une EFV nettement inférieure et comportent d'importantes fluctuations de performance sur une base temporelle.

En outre, la capacité du masque T-3000 à se décontaminer avec le temps a été évaluée par la méthode standard d'AATCC 100-1999 (*Assessment of Antibacterial Finishes on Textile Materials*), avec la bactérie *Staphylococcus aureus* comme agent de contamination. Les résultats démontrent une réduction >99.9% de la concentration bactérienne après seulement 15 minutes de contact, ce qui se situe sous le seuil de détection. Enfin, des analyses démontrent

que la concentration d'iode libérée par le masque est sous le seuil de détection de la méthode soit $1.10 \times 10^{-2} \text{ mg/m}^3$, ce qui est bien en deçà de la valeur limite du seuil d'exposition établie par OSHA à 1.036 mg/m^3 .

CONCLUSION

Une revue de la littérature scientifique porte à croire qu'aucune des recommandations issues des plans de préparation en cas de pandémie de grippe aviaire n'est suffisante pour assurer la protection des agents de soins de santé contre la possibilité de contracter une infection virale par voie aérogène. Dans ce contexte, les masques T-3000 et T-5000 procureraient une protection virale supplémentaire approximativement 100 fois supérieure à celle d'un masque de type FFP2 ou FFP3.

NDLR : Une version plus détaillée de cet article accompagnée d'une importante bibliographie est publiée dans le N° 79 de la revue *Urgence Pratique* (pp. 43-45). ■

T esté pour VOUS

ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR

L'accouchement extra hospitalier est une intervention toujours angoissante. Pour aider les membres du 3SM et leurs équipiers à mieux maîtriser cette situation et à s'y entraîner régulièrement, la société Dumont Sécurité propose un mannequin « bassin d'accouchement avec fœtus » qui permet de déterminer la position du fœtus par palpation et de simuler différentes techniques d'accouchement.

Une acquisition judicieuse à l'heure où les textes sur l'enseignement du secourisme réintroduisent l'étude de l'accouchement.



P peut mieux FAIRE

LE 112 SUR LA SELLETTE

Le numéro d'appel d'urgence unique européen (112) n'est pas implanté correctement au regard de la loi, et encore moins au niveau de l'esprit.

- Il demeure inconnu par la majorité des européens : sur 280 millions, seuls 35 millions le connaissent.
- La localisation de l'appelant n'est pas correctement mise en œuvre.
- La réponse et la gestion des appels d'urgence demeurent problématiques.

Dans ce contexte, il faut saluer les initiatives comme celles d'Olivier Paul-Morandini, fondateur de l'European Emergency Number Association, association à but non lucratif, qui œuvre depuis 1999 pour promouvoir le 112. Il vient de lancer une pétition. Il est possible d'y souscrire sur : www.112petition.org

Secours estival dans le Morbihan

Un exemple de collaboration entre les Pompiers, le Samu, la Croix Rouge et la Sécurité Civile.

Dr Catherine LE NORCY - Médecin SP / Samu 56, Méd. Lt-CI Philippe DANION - 56 SDIS 56

La problématique en matière de secours dans le Morbihan pendant l'été est celle de tous les départements à forte fréquentation touristique, alliant densité élevée de population et zones peu accessibles. L'augmentation en nombre et en durée des interventions de secours à personnes n'est pas pour autant compensée par une extension des moyens notamment médicaux.

INITIATIVE ORIGINALE

Une expérience originale a été menée durant l'été 2006 (du 8 juillet au 27 août) en complément du dispositif existant (5 SMUR, 3 VRI) grâce à la complémentarité du SAMU 56 (Centre Hospitalier Bretagne Atlantique - Vannes), du SDIS 56, de la Croix Rouge Française et du Groupement hélico de la Sécurité Civile (Lann Bihoué) mettant en commun leurs moyens opérationnels : les médecins urgentistes volontaires de chacun des SMUR du département; les ISP et MSP du SSSM; les IDE et secouristes de la CRF et bien entendu les équipages de Dragon 56.

UN DISPOSITIF COMPLET

Le dispositif allie un hélicoptère de la sécurité civile basé à BAN de Lann-Bihoué (Lorient) armé de 11h à 21h par un médecin (MSP ou hospitalier) et un ISP ; et 2 VRI : une positionnée sur la presqu'île de Quiberon (à Plouharnel) armée par un équipage CRF, l'autre sur la presqu'île de Rhuy (à Sarzeau) armée par un équipage Sdis.

QUEL FINANCEMENT ?

Le financement est assuré par le SDIS 56 pour le fonctionnement des VRI et les indemnités des ISP et par le CHBA sur une enveloppe spécifique de l'ARH pour les gardes des médecins et la dotation en matériel médical.

QUELLE FORMATION ?

Une formation médicale et technique (hélicoptère) a été organisée avant l'été avec mutualisation et partages des connaissances centrées sur les protocoles d'urgence (notamment la prise en charge du SCA et du traumatisme crânien).

BILAN

Le bilan fait état de 142 interventions hélicoptérées médicalisées pour 153 victimes secourues, 75% concernent des situations graves classées CCMS 3 à 6 ; 25% des interventions de gravité moindre mais situées sur des zones peu accessibles qui auraient immobilisé des équipes tant pompiers ou ambulances que SMUR, de façon prohibitive si elles avaient dû se faire par la route, les VRI ont assuré chacune environ 90 interventions, l'association VRI et Hélico concernent moins de 20 interventions.

Outre le fait que les services d'urgence côtiers aient pu recentrer leur activité sur l'accueil des patients dans leur service, étant moins sollicités sur les horaires cités en interventions pré-hospitalières, cette opération a permis une cohésion des médecins hospitaliers et pompiers, une coopération efficace entre les pompiers, les secouristes de la CRF, le SAMU et le groupement aérien de la sécurité civile, preuve - s'il en est besoin - qu'il est possible de travailler en bonne intelligence entre les diffé-



AU TOTAL

Ce sont un peu plus de 300 personnes présentant un problème médical sérieux qui ont pu être secourues de façon optimale pendant les 50 jours grâce à ce dispositif (en plus des interventions SMUR habituelles par route)

rents services en mutualisant les forces, les compétences et les bonnes volontés dans un objectif commun : apporter à la population morbihannaise une réponse performante en terme de secours médical ou paramédical en tout endroit du département. ■

Conférence de presse

Prise en charge précoce de l'infarctus du myocarde

La rédaction

Les Laboratoires Sanofi Aventis et Bristol Meyer Squibb avaient réuni, le 10 octobre 2006, pour une conférence de presse trois experts particulièrement impliqués dans la prise en charge précoce de l'Infarctus du Myocarde (IDM). Cette conférence avait pour objet d'officialiser la nouvelle indication du Plavix® (clopidogrel) intégrant désormais le traitement précoce de la forme sévère de l'IDM avec sus-décalage du segment ST, en association à un autre anti-agrégant plaquettaire : l'aspirine.

ÉTUDES CLINIQUES

Cette indication est fondée sur les résultats de deux études cliniques CLARITY-TIMI 28 (CLopidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy – Thrombolysis In Myocardial Infarction Study 28) et COMMIT (CLOpidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial) regroupant près de 50 000 patients !

CLARITY a montré que pour les patients présentant un IDM aigu avec sus-décalage de ST et recevant aspirine et traitement fibrinolytique, l'adjonction de Plavix® améliorait la perméabilité de l'artère occluse et réduisait les complications. Le risque de récurrence d'IDM était même réduit de 36% ! COMMIT a démontré, pour sa part, une réduction de 7% du risque de décès.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le Professeur J. Ferrières (CHU Ranguel) a présenté les données épidémiologiques de l'IDM. Pour lui, la fréquence des événements aigus reste élevée et des études sur les facteurs de risque (type MONALISA) doivent être promues, mais globalement la mortalité coronaire baisse, avec un pronostic intra-hospitalier s'améliorant. Ceci étant certainement en relation avec l'amélioration de la prise en

charge et des thérapeutiques initiées dès avant l'hôpital.

CHAQUE MINUTE COMPTE

Le Dr F. Lapostolle (SAMU 93) a insisté sur le temps à gagner dans une pathologie où chaque minute compte. Il a rappelé que 120 000 IDM survenaient chaque année en France et que ce chiffre devrait augmenter (prévalence accrue du diabète). Peu de médecins (24%) orientent leur patient vers la filière SAMU dès l'apparition des premiers symptômes, et ce temps perdu dans la ré-ouverture précoce de l'artère est toujours préjudiciable.

PRISE EN CHARGE GLOBALE

Pour le Professeur Y. Cottin, du CHU de Dijon, la maladie « athéromatose » ne concerne pas seulement les cardiologues, car 10% de leurs patients sont communs aux neurologues et sont victimes aussi d'AVC. La prise en charge doit être globale. Il concluait la conférence en précisant, au vu des plus récents travaux, tout l'intérêt d'une bithérapie antiplaquettaire devant être initiée le plus tôt possible associant aspirine 250 mg et clopidogrel 300 mg initiaux, suivis de 75 mg/jour. ■

Lu pour VOUS

IL Y A UN SIÈCLE...
UNE MÉDECINE SI ÉTRANGE

J. Eveillard, P. Huchet

Les auteurs, historiens de formation, nous invitent à un passionnant voyage au début du XX^e siècle, en cette « Belle Époque » où le progrès s'impose dans tous les domaines, y compris celui de la médecine. Dans un ouvrage bien documenté et très richement illustré, qui nous rappelle que cette



période, marquée par la révolution pasteurienne et l'apparition de nombreuses techniques nouvelles, était aussi celle des cataplasmes, des ventouses, des rebouteux et des fontaines miraculeuses. Un ouvrage original aussi divertissant qu'instructif.

Editions Ouest France

20 x 26 cm

144 pages, 200 photos

Prix : 20 euros

Courrier des lecteurs



Stop aux sigles : C.Q.F.D !

J'ai souvent eu envie d'écrire au journal au sujet de l'utilisation abusive des sigles dans vos colonnes. Ces sigles que l'on emploie alors que leur non-compréhension fait perdre tout intérêt à l'information transmise.

C'est l'éditorial de votre dernier numéro, faisant état « d'un cours ACLS », qui me pousse à réagir. ACLS ? Je téléphone au journal et j'apprends qu'il s'agit d'un sigle anglais dont j'ai déjà oublié le sens. Je ne suis déjà pas très performant pour lire l'anglais, alors vous pensez, pour retrouver le sens d'un sigle... Quel est donc l'intérêt d'écrire en risquant de ne pas être compris ? Le gain de temps ou le gain de place sur la page justifient-ils l'occultation de l'information ?

Passes encore que nos équipiers parlent entre eux de VTU ou de VSL, mais pas qu'ils annoncent à leurs victimes (qui ne connaissent pas nos codes) l'arrivée imminente d'un VSAB en lieu et place d'une plus rassurante ambulance.

La communication entre nous ne doit pas être réduite à un jeu aux règles mal définies, mais l'information doit parvenir claire et nette, c'est à dire vierge de tout effet de langage. En intervention, lorsque je demande le défibrillateur, ça ne prend pas plus de temps et j'ai toujours été compris instantanément [...].

Ne cédon pas à cette mode qui transforme la communication en course aux raccourcis. ■

Med Cpt Yves THERON
CS de Bouclans (25360)

NOTRE AVIS

Pour que la communication soit possible entre deux individus, le code (ou fond sémantique) qu'ils utilisent doit leur être commun. Le jargon médical, familier aux professionnels de santé (et effectivement trop riche en sigles) constitue un tel code. Pour cette raison, nous avons jugé inutile d'explicitier le terme ACLS bien connu du monde médical et particulièrement familier à nos lecteurs qui le retrouvent quasiment dans chacun de nos numéros. Mais choisir de ne pas utiliser le sigle aura posé un autre problème : fallait-il le remplacer par l'expression « Advanced Cardiac Life Support » que vous auriez certainement jugé trop anglo-saxonne ou par sa traduction française « cours avancé de réanimation cardiaque » qui fait perdre toute référence avec le sigle dont le sens est largement signifiant au niveau international ? Ainsi, même si le sigle n'est pas une panacée, il évite une perte

d'information parfois dommageable. Notez que c'est à peu près ce qui se passe lorsque vous choisissez de désigner l'appareil qui vous sert à administrer des chocs électriques par le terme de « défibrillateur », cette appellation ne permettant pas au lecteur de deviner s'il s'agit d'un scope défibrillateur traditionnel ou d'un DSA. Comme quoi éviter d'utiliser un sigle peut parfois faire perdre d'intéressantes informations. Enfin, n'oublions pas que l'usage fait aussi entrer, parfois, certains sigles dans le langage courant : qui s'émeut encore aujourd'hui que des mots comme « sida » ou « laser » soient en réalité des acronymes ? ■

Med Cdt Eric TORRES
Rédacteur en chef

NDLR :

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

Quiz

Question 1 :

Vous êtes témoin d'une noyade. La victime est inconsciente. Elle est cyanosée et sa ventilation est à 8 mvt / min. Sa TA est à 90/40 et son pouls est faiblement perçu. Vous ne disposez pas de matériel d'intubation. Parmi les mesures suivantes laquelle n'est pas adaptée.

- A. Mise en place d'une sonde gastrique.
- B - Ventilation assistée au ballon auto remplisseur.
- C - Mise en place d'une VVP.
- D - Mise en place d'un collier cervical.
- E - Recueil d'éléments pouvant expliquer le mécanisme de la noyade.

Solutions

R1 : Réponse : A
 R2 : Réponse : E
 « Le code danger 33 indique la présence d'un liquide ou d'un gaz très inflammable »
 Sur ce panneau le nombre du bas indique la matière et celui du haut la nature du danger. Le code « 1203 » désigne l'essence ou du supercarburant. La nature du danger est codé ainsi : 1/ matières explosives ou artificielles, 2/ gaz liquéfiés ou dissous, 3/ liquides inflammables, 4/ solides inflammables, 5/ produits combustibles, 6/ produits toxiques, 7/ produits radioactifs, 8/ produits corrosifs, 9/danger redoublément du chiffre indique une gravité particulière du risque.

Question 2 :

Vous êtes témoin d'un accident impliquant un camion citerne. Alors que vous vous apprêtez à donner l'alerte, vous remarquez la présence d'une plaque orange de 30 sur 40 centimètres à l'arrière du véhicule sur laquelle sont inscrits deux chiffres : 33 et 1203. Qu'indique le chiffre 33 présent sur cette plaque ?

- A. Que ce camion est un véhicule fonctionnant au GPL.
- B. Que ce camion transporte des matières explosives ou des artifices.
- C. Que ce camion citerne transporte de l'essence.
- D. Que ce camion citerne est immatriculé en Gironde.
- E. Que ce camion citerne transporte un liquide très inflammable.

Dans la trousse du MSP

Isuprel® Isoprénaline

PROPRIÉTÉS :

Amine sympathomimétique à effets β -1 puissants inotrope, chronotrope, dromotrope et bathmotrope positifs. Débit cardiaque, conduction auriculo-ventriculaire et MVO_2 augmentés. Effets β -2 : bronchodilatation, relâchement de la musculature lisse artérielle.

INDICATIONS, POSOLOGIE :

Bradycardie par BAV complet ou par bloc sino-auriculaire syncope : de 0,2 à 10 mg /24 h.
 Torsade de pointe (associé au traitement étiologique et normalisation de la kaliémie).
 Arrêt cardiaque par asystolie.

CONTRE-INDICATIONS :

Tachycardie sinusale > 140
 Hyperexcitabilité auriculaire ou ventriculaire.
 IDM aigu, insuffisance coronarienne, CMO, allergie aux sulfites.

DÉTAILS À CONNAÎTRE :
 Contrôle PA et ECG en continu.
 Incompatibilité avec les solutés alcalins.
 Conserver à l'abri de la lumière. Ne pas associer avec IMAO, halogénés, sympathomimétiques.

EFFETS SECONDAIRES :
 Tachycardie, palpitations, bouffée de chaleur, hypotension, nausées, vomissements.
Surdosage :
 Tachycardie > 140 bpm, ESV polymorphes,
 TV ➔ arrêt de la perfusion.



PRÉSENTATION :
 Ampoule de 0,2 mg /1 ml.

CINÉTIQUE :
 Action immédiate, ne dure que quelques minutes.

EN PRATIQUE :
 En I.V. stricte diluer 5 ampoules (1 mg) dans 250 ml de glucosé isotonique.
 Au PSE, diluer 2 ampoules (0,2 ml) dans 30 ml de salé isotonique (dilution à 10 μ g/ml).

	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg
0,01 μ g/kg/mn	3,0	3,6	4,2	4,8	5,4	6,0
0,03 μ g/kg/mn	9,0	10,8	12,6	14,4	16,2	18,0
0,05 μ g/kg/mn	15,0	18,0	21,0	24,0	27,0	30,0
0,07 μ g/kg/mn	21,0	25,2	29,4	33,6	37,8	42,0
0,10 μ g/kg/mn	30,0	36,0	42,0	48,0	54,0	60,0
20 μ g/kg/mn	12	14,40	16,8	19,2	21,6	24,0

La vitesse de perfusion doit être augmentée progressivement. Arrêt si tachycardie supérieure à 140 bpm, si hyperexcitabilité auriculaire ou ventriculaire ou si ESV polymorphes.



Welch Allyn Propaq® LT « Un rêve devenu réalité »

Comparé et toujours choisi pour :

- Son concept unique
- Ses performances inégalées
- Sa grande robustesse
- Son autonomie
- Sa taille, son poids
- Son ergonomie



WelchAllyn®
 Advancing Frontline Care™

Propaq® LT, la référence !

Welch Allyn France 814, rue Charles-de-Gaulle 77100 Mareuil-Ies-Meaux
 Tél.: 01 60 09 33 66 Fax : 01 60 09 67 97 www.welchallyn.fr

Traitement bronchodilatateur continu destiné à soulager les symptômes des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)⁽¹⁾

OUVREZ un nouveau monde
à vos patients **BPCO**** !



NOUVEAU



SPIRIVA[®]
(tiotropium)

Ouvrez, respirez

1^{er} bronchodilatateur anticholinergique de longue durée d'action en **1** prise par jour⁽¹⁾

Dénomination et forme pharmaceutique* : SPIRIVA[®] 18 microgrammes, poudre pour inhalation en gélule. **Composition*** : 18 microgrammes de tiotropium (soit 22,5 microgrammes sous forme de bromure de tiotropium monohydraté). La dose délivrée à l'embout buccal du dispositif HandiHaler[®] est de 10 microgrammes de tiotropium. **Excipient à effet notoire** : lactose monohydraté (qui contient des protéines de lait). **Indications thérapeutiques** : Le tiotropium est indiqué comme traitement bronchodilatateur continu destiné à soulager les symptômes des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). **Posologie et mode d'administration*** : La posologie recommandée de bromure de tiotropium est l'inhalation du contenu d'une gélule une fois par jour à heure fixe dans la journée. La poudre de bromure de tiotropium contenue dans la gélule devra être inhalée uniquement à l'aide du dispositif HandiHaler[®]. Ne pas dépasser la dose recommandée. Ne pas avaler les gélules. **Sujets âgés** : le bromure de tiotropium peut être utilisé chez les sujets âgés à la dose recommandée. **Insuffisance rénale, insuffisance hépatique** : le bromure de tiotropium peut être utilisé à la dose recommandée. **Utilisation pédiatrique** : La tolérance et l'efficacité du bromure de tiotropium sous forme de poudre pour inhalation en gélule, n'ont pas été établies en pédiatrie. Par conséquent, son utilisation est déconseillée chez les patients de moins de 18 ans. **Contre-indications** : Antécédents d'hypersensibilité (allergie) au bromure de tiotropium, à l'atropine ou à ses dérivés (ipratropium ou oxitropium), ou au lactose (excipient). **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi***. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction***. **Grossesse et allaitement***. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines***. **Effets indésirables***. **Surdosage***. **Propriétés pharmacodynamiques*** : Anticholinergiques. **Propriétés pharmacocinétiques***. **Données de sécurité précliniques***. Liste I - Médicament soumis à prescription médicale. Boîte de 30 gélules + dispositif HandiHaler[®] CIP 368 692.0 - 46,17 € - CTJ : 1,54 € - Agréé Coll - Remboursé Sec Soc à 65 %. **Date de mise à jour du texte** : 31/03/06. **Titulaire** : Boehringer Ingelheim International GmbH (Allemagne). **Représentant local** : Boehringer Ingelheim France S.A.S., 37-39 rue Boissière, 75116 Paris. **Information médicale** : 03 26 50 45 33. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.



** Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.
(1) RCP SPIRIVA[®].

