

AILLEURS DANS LE MONDE

Sur la route nationale 441, au nord de la Floride et près de Palm Beach, un chauffeur de voiture distrait (peut être rêvait-il à Pamela Anderson) ne voit pas le camion arrêté devant lui et le heurte à pleine vitesse. Sa voiture s'encastre sous le plateau de chargement...

Les pompiers dépêchés sur les lieux ne pensent pas trouver de survivant dans un véhicule laminé jusqu'au milieu des portières. Ils découvrent après reconnaissance que le chauffeur, seul à bord, avait eu le temps de se coucher sur le côté juste avant l'impact. La désincarcération prendra 45 minutes. La victime ne souffrait d'aucune lésion grave.



BOIRE OU CONDUIRE... ILS ONT CHOISI !

Les contrôles d'alcoolémie au volant devenant de plus en plus fréquents chez nos voisins Suisses, les co-habitants de Johnny délaissent la voiture pour le vélo. C'est ainsi que 65 cyclistes plus ou moins alcoolisés ont trouvé la mort durant l'année 2005.

NDLR : Tu me *fendant* le cœur.

ENGAGEZ-VOUS, RENGAGEZ-VOUS

A partir du 22 juin, une grande campagne de promotion de l'engagement volontaire va être lancée dans notre pays par la FNSPF. Son objectif, inciter les jeunes à rejoindre les sapeurs-pompiers et, plus particulièrement, développer l'engagement citoyen à travers le volontariat. Le visuel de référence a été conçu par Jaques Séguéla et son équipe, et cela à titre gracieux.

Un joli geste du publicitaire qui considère que « la cause des pompiers est peut-être la plus belle des grandes causes ».



« Ensemble on est plus forts »

Nicolas SARKOZY - Président de la République

Edito

Vos propos, monsieur le Président, nous y souscrivons pleinement. Vous avez été notre « patron » au plus haut niveau, en tant que Ministre de l'Intérieur. Cette autorité, vous la partagez, puisque nous avons une double tutelle, avec le Ministre de la Santé,

qui est le Ministre de tous les médecins et acteurs de santé. Une dérive conceptuelle, habilement induite par l'entrisme de certains confrères hospitalocentristes, s'est faite au fil du temps, faisant que, pour ce qui concerne les urgences préhospitalières, le Ministre de la Santé est devenu essentiellement le Ministre des SAMU-SMUR. Lorsque ces urgences se situent loin de l'hôpital, la logique opérationnelle et le simple bon sens voudraient que l'on fasse intervenir le médecin le plus proche. Hélas, ces médecins ne sont pas hospitaliers, donc certainement incompetents, qui plus est ils sont libéraux, donc à coup sur principalement préoccupés par leur enrichissement personnel. C'est ainsi que le Ministère de la Santé a pu se laisser persuader « qu'en dehors des ressources hospitalières, il n'était point de salut ». C'est ainsi que j'ai entendu maintes fois, lors



de formations, des médecins SP (et fiers de l'être) désespérés de constater que l'on déplaçait un SMUR de plusieurs dizaines de kilomètres alors qu'en quelques minutes ils auraient été sur place. Sachons reconnaître les positions fermes et fortes de Richard Vignon contre la pensée unique dans le secours à personne. Reconnaissons au Directeur de la DDSC et à son prédécesseur la volonté d'engager un dialogue constructif et nécessaire avec les instances Santé.

Vos paroles, Monsieur le Président, prennent donc, pour nous, un relief d'autant plus important, que nous sommes persuadés, les uns et les autres, que c'est

ensembles que SAMU-SMUR et 3SM nous construiront un secours cohérent.

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



Humeurs

Affaire de plus et de moins

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

Quelle différence y a-t'il entre un sapeur-pompier lambda et un médecin sapeur-pompier, tous deux volontaires ? La question peut paraître saugrenue mais elle est sans doute de nature à éclairer la crise de motivation que traversent nos confrères MSP. Être sapeur-pompier volontaire, c'est mener une double vie en acceptant d'exercer à côté de son activité professionnelle une mission de secours à personne perçue par l'intéressé (et par ses proches) sinon comme valorisante, du moins comme « *divertissante* » par rapport à son métier habituel. Être médecin sapeur-pompier volontaire - au contraire - c'est consentir à cesser d'exercer momentanément son activité médicale libérale ou hospitalière pour aller faire... exactement la même chose - ou peu s'en faut - dans un camion rouge tout en étant bien moins bien payé qu'au centre hospitalier ou au cabinet que l'on vient juste de quitter.

A l'heure où le projet de défiscalisation des heures supplémentaires a été un argument décisif dans la campagne électorale qui vient de se terminer, il n'est pas bien difficile de comprendre pourquoi les seuls parmi nos jeunes (ou moins jeunes) confrères à se presser aux portillons de nos casernes sont ceux qui sortent et non ceux qui rentrent. Par les temps qui courent, et si l'on excepte les motivations purement psychiatriques (qui sont probablement les miennes), qui pourrait bien être encore exalté par l'idée de « *travailler plus pour gagner moins* » ?

Parce que nous sommes
sapeurs-pompiers
avant d'être mutuelle



45 bis, Chemin de l'Armurié
B.P. 327 - 31773 COLOMIERS CEDEX
Tél. : 05 62 13 20 20 - Fax : 05 62 13 20 28



© Photo Eric TORRES

Quel avenir pour le 3SM ?



Rencontre avec Richard Vignon, Président de la Fédération Nationale des Sapeurs Pompiers de France

Méd-Col Jean-Claude DESLANDES - Directeur de la publication

Les membres du 3SM s'interrogent sur la place qu'ils doivent tenir dans le secours à personne, notamment dans la mesure où les services hospitaliers souhaitent développer les médecins correspondants SAMU. Le Président Richard Vignon - qui ne mâche pas ses mots - a accepté de nous exposer en détail sa position sur la question

Jean-Claude Deslandes : Au moment où la Fédération initie une réflexion sur le secours à personne, quelle est ton analyse sur la question ?

Président Richard Vignon : Je voudrais te remercier de me donner la parole dans les colonnes de 3SM-Mag. Il compte dans le domaine des SP et il est en complémentarité parfaite avec les actions de la Fédération. Si la Fédération a initié une réflexion générale concernant le secours à personne, c'est parce que, sur le terrain, les choses ne vont pas aussi bien que l'on veut bien le dire. Elles vont même de moins en moins bien. Ce que souhaite la Fédération c'est que l'on pense plus à la

victime et à ceux qui sont le plus souvent les premiers à son chevet : les secouristes. La première force d'action des SP ce sont nos 8.000 centres de secours et nos 240.000 personnels qui peuvent se rendre partout dans les meilleurs délais. Cela, personne d'autre en France ne peut le faire. C'est notre 3SM et l'expertise et la capacité technique représentée par nos infirmiers et nos médecins, sans parler de l'appareil qui assure la logistique, notamment avec nos pharmaciens. C'est à toutes ces personnes de se lancer dans la réflexion, elles qui rencontrent au quotidien des problèmes de plus en plus nombreux. Je veux être leur porte-parole auprès des pouvoirs

publics pour dire « *vous vous trompez, on vous enfume !* ». Nous souhaitons relever les dysfonctionnements sur le terrain et proposer des solutions dans un esprit constructif et dans la complémentarité avec les autres intervenants de l'urgence : ambulanciers, SAMU, associations. Nous sommes dans un marché de dupes : on fait croire aux pouvoirs publics que les uns et les autres peuvent tout faire. C'est faux ! Les SAMU et leurs SMUR ne peuvent tout faire. Les sapeurs-pompiers sont une force à positionner, non pas en leader cheap, mais à sa juste place. Si demain nous n'étions plus là que pourrait faire le Ministère de la Santé ?

JCD : Est-ce une manière de rappeler que « *le meilleur secours est toujours le plus proche* » ?

R.V. : Effectivement et sans écarter d'un revers de main la régulation médicale, il faut bien reconnaître qu'elle n'est pas en elle-même une action de secours. Elle est utile pour le déclenchement de l'alerte ou pour choisir le lieu d'accueil des victimes. Par contre, elle n'est rien par rapport à ce que fait celui qui est à côté de la victime. La première force dans le secours à personne c'est la proximité : être là dans les meilleurs délais pour apporter les gestes paramédicaux et médicaux. Ce n'est pas quelqu'un au téléphone qui peut décider de ce qu'il faut faire. Cela suffit les moyens virtuels ! Quand un SP estime qu'il a besoin d'un renfort, comment quelqu'un au téléphone peut lui dire « *tu te trompes, on va faire autrement ?* ». Aujourd'hui quand un pompier demande un renfort il doit l'avoir.

JCD : N'est-ce pas une dérive qui a conduit le Ministre de la Santé à se considérer en priorité comme le défenseur des services de secours hospitaliers ?

R.V. : Le Ministre de la Santé est responsable de la mise en œuvre médicale du secours extra hospitalier. Le Ministre de l'Intérieur est responsable du secours sur la voie publique. En fait, plus largement, de quoi s'agit-il ? Quel est le mal ? Le mal c'est que le Ministre de la Santé répond à des logiques de corporatisme qui oublient l'intérêt général.

JCD : Il faudrait, peut-être, qu'au Ministère de la Santé la voix du Service Médical des SP soit plus forte et surtout plus présente. La DDSC ne devrait-elle pas se doter d'un bureau Santé vraiment représentatif des MSP ?

R.V. : Nous avons, depuis Dominique Gilot, rencontré tous les Ministres de la Santé. Nous n'avons peut-être pas été suffisamment clairs pour leur expliquer que la Direction de la Défense et de la Sécurité Civiles ne faisait pas assez entendre sa voix dans le domaine du secours à personne. J'entends bien le Directeur actuel, Henri Masse, me dire qu'il a établi des contacts initiés par son prédécesseur, Christian De Lavernée. C'est vrai, mais ces contacts sont trop timorés. Un peu comme si nous

DES OUTILS MODERNES POUR LA PRATIQUE MEDICALE EN SITUATION D'EXCEPTION

Mobile Acuity LT™ de Welch Allyn

Un système de monitoring centralisé et autonome.



Déploiement simple et rapide dans toutes les circonstances.

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

Malle de stockage et de transport



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

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



Système sans fil

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

WelchAllyn®

Advancing Frontline Care™

venions quémander notre place, alors que nous occupons déjà la première place. Qui assure 2 millions et demi d'interventions par an au profit du secours extra hospitalier, contre 600 000 conduites par les structures hospitalières ? Nous sommes 5 fois supérieurs en nombre d'interventions par rapport aux autres, et pour autant nous n'existons pas au niveau de la Santé. Et pour autant notre Direction de tutelle y va timidement. Je vois bien lorsque je participe à certaines réunions que le Ministère de l'Intérieur a peu de poids. La Fédération a poussé un « coup de gueule » qui nous a permis d'être entendus par le Ministre Xavier Bertrand. Reçus par la Directrice de l'hospitalisation madame Podeur, celle-ci nous a promis que nous allions désormais travailler ensemble. Il est évident que nous avons à nous faire entendre au Ministère de la Santé. L'intérêt de la population doit être la préoccupation première d'un Ministre de la République, plutôt que la défense corporatiste de ceux qui dépendent de sa tutelle propre.

JCD : Comment remettre sur les rails le 3SM et lui donner fierté et envie de poursuivre ses missions ? Cela passe-t-il par une plus forte reconnaissance formelle ? Cela implique-t-il une modification du cadre d'emploi ?

R.V. : Si aujourd'hui il est possible d'évoquer une contractualisation des médecins libéraux, c'est grâce à l'action de la Fédération lors de l'élaboration de la Loi de 2004. Au Ministère de la Santé le nombre de contractualisation a été limité à quatre par département contre notre volonté. Nous avons bien compris que le simple volontariat face à une population médicale en pleine décroissance ne suffirait pas. Il faut que nous puissions expliquer aux médecins qui veulent nous rejoindre ce que nous attendons d'eux et dans quelles conditions. C'est après que nous pourrions les financer. Je suis un optimiste non béat. Je discute avec les plus hautes autorités nationales représentatives des collectivités locales. Elles sont prêtes à financer, mais à une condition, c'est qu'on leur dise ce qu'il faut financer, pourquoi et comment. Ce travail n'est

pas fait aujourd'hui, et ne le sera jamais au travers ni des conventions tripartites, ni des ARH. Le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Intérieur doivent, autour du Premier Ministre définir la politique publique du Secours extra hospitalier et à partir de là ce qu'ils attendent des Sapeurs Pompiers et ce qu'ils attendent du 3SM. Lorsque l'on saura définir très précisément ce que l'on attend de nous, nous saurons motiver les gens, nous saurons mettre en place des politiques et convaincre des acteurs qui par ignorance, par méfiance, par défiance, ne sont pas au rendez-vous. Dans nos propres



Un président à notre écoute et pourfendeur de la « pensée unique ».

rangs, aussi, l'élan doit être retrouvé. Certains Directeurs Départementaux sont d'une frilosité navrante, parce qu'ils n'ont pas compris quels étaient les enjeux pour eux, pour les Pompiers de France et pour la population.

JCD : Au-delà des intentions, que fait la Fédération pour développer le travail inter ministériel ?

R.V. : Nous sommes en attente d'audience avec le nouveau Ministre de la Santé et j'étais ce matin en contact avec le Ministre de l'Intérieur. Nous allons œuvrer pour les sensibiliser. Nous avons lancé au début du printemps une réflexion de terrain, parce qu'il est important de répondre au plus près de la réalité. Les dogmes et les idéologies ne régleront pas le problème. Chaque territoire a ses particularités

et nous souhaitons proposer une réponse adaptable partout. Nous avons besoin pour cela de remontées d'informations et de propositions. Il va s'en suivre une synthèse qui ne sera pas une réponse uniforme et dogmatique. Mais cette réponse n'aura de pertinence que si les carcans réglementaires qui nous empêchent d'évoluer sont revus par nos décideurs. Nous comptons bien exercer une pression constructive et amicale. Si cela ne suffit pas nous saurons aller plus loin pour que les 240.000 acteurs du secours extra hospitalier que nous sommes soient pris en compte par le pouvoir réga-

pas en multipliant les zones de réflexion que l'on accroît la réflexion. Il me semble préférable que le corps de santé active plus efficacement les instances départementales et régionales et que les médecins chefs s'y investissent de façon plus prégnante. La Commission Santé Fédérale est prête à s'enrichir des contributions que l'on voudra bien lui apporter.

JCD : Pour améliorer la dynamique départementale, il faut, certainement, développer l'entente entre les Directeurs et les Médecins Chefs. La Fédération ne peut-elle être à l'origine de rencontres nationales communes à ces responsables ?

R.V. : La Fédération, depuis plus de vingt ans, est à l'initiative de la construction de la Sécurité Civile. Effectivement, puisque notre tutelle ne le fait pas, faisons-le. Je pense qu'il ne peut y avoir de dualité au sein des établissements publics d'incendie et secours. Le médecin chef et le Directeur doivent être absolument sur la même ligne. Il faut qu'ils construisent ensemble. A la Maison des Pompiers de France, la Fédération est prête à réunir ceux qui ont la charge, dans chaque département, d'assurer la pérennité du secours.

JCD : Quel est aujourd'hui ton message pour le Service de Santé ?

R.V. : Il n'y a pas d'avenir pour le 3SM et il n'y a pas d'avenir pour les Sapeurs Pompiers s'il n'y a pas d'avenir clair dans le domaine du Secours extra hospitalier. Pour le 3SM, la mission première n'est pas de s'occuper de la santé des sapeurs pompiers. Nous avons à prendre date avec nos responsables politiques pour définir la politique que doit porter le 3SM. Je demande à ses membres de ne pas oublier que la Fédération est leur porte-parole, et de contribuer pleinement à la synthèse que nous devons présenter à Clermont Ferrand. J'ai besoin de toutes les forces du 3SM pour faire émerger cette politique que nous appelons de tous nos vœux. Rendez-vous donc à Clermont Ferrand.

Rendez-vous aussi à Gruissan aux journées scientifiques du 3SM. C'est un rendez-vous que je ne manque jamais. ■

Il n'y a pas d'avenir pour le 3SM s'il n'y a pas d'avenir clair dans le domaine du secours extra hospitalier

lien pour rectifier ce qui doit être rectifié et assurer la pérennité et la qualité des secours auxquels a droit tout citoyen français.

JCD : Les Médecins Chefs, conscients de l'évolution de leur tâche aspirent à une meilleure visibilité de leur fonction. La Fédération ne devrait-elle pas leur trouver une place spécifique ?

R.V. : Je suis tout à fait ouvert à ce que la Fédération se dote de structures scientifiques et savantes. Je pense aussi que l'on ne peut découper les structures si l'on veut avoir une réponse cohérente. La Commission Fédérale Santé est tout de même essentiellement composée de Médecins Chefs ! Si cela ne suffit pas, nous pouvons réfléchir à un autre comité de réflexion complémentaire. Mais attention, ce n'est



EXPLOREUR

Le GPS **100%** Professionnel

Système de navigation GPS portable avec NaviExploreur

NaviExploreur est un logiciel extrêmement performant de navigation sur cartographie routière France mais également compatible avec les fonds cartographiques issus de la numérisation des cartes IGN au 1:25 000 et 1:100 000 contenus dans les produits CartoExploreur ou les orthophotographies IGN (1 pixel = 50 cm) contenus dans les produits PhotoExploreur.

- Navigation « hors route » : guidage visuel sur les chemins, sentiers, etc...
- Affichage et navigation vers des points isolés
- Positionnement et enregistrement des tracés en temps réel

Appareil photo inclus: Exploreur est équipé d'un appareil photo numérique. Chaque prise de vue est automatiquement géoréférencée ce qui permet de la retrouver sur la carte à son emplacement précis et de choisir une photo comme destination.

Logiciel de transfert inclus (version pro) - Carte SD 2 Go - Batterie supplémentaire disponible en option

Développements spécifiques à la demande possibles

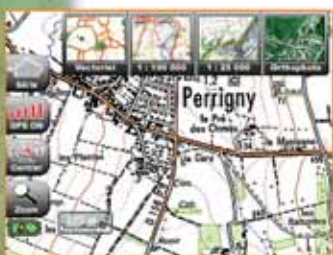
Tel : 03 86 48 01 75
Fax: 03 86 48 03 78
www.bayo.com



Compatible avec:



ATTENTION: Ce produit ne contient aucune donnée IGN.
Les écrans présentés sont de simples exemples. Ces données cartographiques ne sont disponibles qu'après acquisition du logiciel CartoExploreur ou PhotoExploreur correspondant à votre zone géographique.



Réunion du CNPC

(Conseil National de la Protection Civile)

La Rédaction

La réunion, présidée par Monsieur le Préfet Georges Lefèvre, s'est tenue le 14 mars 2007 à la caserne Masséna, comme il est de tradition. Ce rendez-vous annuel est important puisqu'il permet de rendre compte des travaux des différentes commissions. Monsieur le Préfet Bertrand Cadiot représentait le Directeur de la Défense et de la Sécurité Civiles, Henri Masse. Il a repris les conclusions des différentes commissions pour en souligner l'intérêt. La Sécurité domestique est un problème d'importan-

ce, reposant sur la Sécurité Civile, mais aussi la Direction Générale de la Consommation, et l'Institut National de Veille Sanitaire. Ces trois organismes sont conjointement en charge des campagnes de prévention. En ce qui concerne l'alerte, Bertrand Cadiot a souligné tout l'apport potentiel du programme Antares qui devrait à terme couvrir tout le territoire. L'émergence des nouveaux risques a conduit le CNPC à proposer de nouvelles règles de confinement



pour les ERP. Une attention particulière a été portée auprès des Maîtres des Ecoles. Il a été précisé que les Plans communaux de sauvegarde sont sous l'entière responsabilité des maires, qui ne peuvent la déléguer à des cabinets conseils, comme cela pourrait être pensé. Enfin, Monsieur Cadiot s'est félicité du développement d'une Sécurité Civile Euro Méditerranéenne, justifiée par des risques communs : feux de forêt et séismes. ■

Un GPS polyvalent « Route » et « Tout terrain »

La société BAYO, bien connue pour ses cartes IGN numérisées, propose un nouveau récepteur

GPS qui allie à la fois les fonctions de navigation traditionnelles sur route et des fonctions plus

particulières lorsque vous circulez hors routes. Conçu principalement pour les randonneurs, les usagers de la montagne et les utilisateurs de véhicules 4 x 4, ce petit récepteur GPS utilise la très riche cartographie IGN au 25.000° et au 100.000°, mais aussi les « ortho photographies » qui ne sont ni plus ni moins que la vision aérienne en parfaite correspondance avec la carte traditionnelle. Avec une vision de type cartographique et un levé de doute de type photographique difficile de ne pas se repérer !

Nous vous proposons donc de tester ce nouveau produit, et surtout de voir comment il peut être utilisé de manière opérationnelle, et vous en rendrons compte dans un prochain numéro. ■

Francis DI-GIORGIO
Courriel : francis@di-giorgio.info

Informations : www.bayo.com

GPS Exploreur Navman de Bayo. - Photo DI-GIORGIO / DIGI.COM



« Ketofol » aux urgences

On peut découvrir dans la revue *Annals of Emergency Medicine* une étude prospective concernant des patients de tous âges conduits aux urgences pour une affection traumatique. Les auteurs ont mis au point un mélange associant 10 mg/mL de kétamine et 10 mg/mL de propofol, le tout

dans une seringue de 10 ml. 114 patients furent inclus dans l'étude. Le mélange était titré, 3 ml /3 ml, jusqu'à sédation suffisante. La dose moyenne d'utilisation fut de 0.75 mg/kg pour chacun des produits, soit deux injections de 3 mL, avec des écarts allant de 0.2 à 2 mg/kg. Très peu d'effets secondaires furent notés, et un seul patient dut être transitoirement assisté au ballon pour sa ventilation. La satisfaction des patients, et des médecins, fut cotée à 10 sur une échelle allant de 1 à 10. D'après : Evaluation du "Ketofol" pour sedation analgésie. Elaine Willman, Gary Andolfatto. Vancouver. *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 49. N°1. 2330

■

Hommage



18 AVRIL 2007

Dramatique accident au centre de transit de munitions de la Sécurité civile de Ressaincourt

Deux membres des services de déminage ont été tués et un troisième blessé dans une explosion au centre de transit de munitions de la Sécurité civile à Ressaincourt (Moselle). L'explosion s'est produite pendant une « manipulation ». Les deux victimes sont des fonctionnaires du service de déminage du Ministère de l'Intérieur : Le capitaine Dominique Milesi, 51 ans, chef du service de déminage de Metz, et le démineur Laurent Flauder, 44 ans. Un troisième fonctionnaire âgé de 56 ans, le conducteur Adrien Masson a été choqué par l'explosion. La déflagration s'est produite alors que les démineurs chargeaient des grenades de la Grande guerre pour les amener à la destruction.

Notre rédaction présente ses sincères condoléances aux familles et aux collègues de ces « hommes de l'ombre » qui œuvrent avec courage à la sécurité de tous. ■

Lu pour VOUS

URGENCES

Au cœur de l'action

Louis-Frédéric Dunal a passé plus de cent jours aux côtés des hommes et des femmes qui « font »

l'urgence : sapeurs-pompiers, équipes médicales, gendarmes de haute montagne...

Il propose un ouvrage de 160

pages illustrées de 250 photographies qui témoignent de sa vision de ces intervenants de terrain en action. Un beau livre, fort en émotion, qui se présente comme un hommage rendu à celles et ceux qui relèvent le défi ultime : celui de sauver des vies. ■

Format : 24 cm x 27 cm
160 pages
Prix : 29,95 euros
site web : www.etai.fr



Un Véhicule Prévention Santé (VPS)

au SDIS de la Charente-Maritime



Méd Col Pascal REVOLAT, Médecin Chef SDIS 17 - Méd Cpt Christophe DRAPEAU, chargé de l'aptitude - Hélène HOCHART, Infirmière SP chargée de l'aptitude (3SM - SDIS 17)

Jusqu'en 2006, les visites d'aptitude des sapeurs-pompiers du SDIS 17 étaient assurées par les médecins de centres, soit dans leur cabinet propre, soit dans les cabinets médicaux des CSP.

Il existait, de ce fait, un manque d'unicité du contenu et des résultats des visites, et, d'autre part, il était difficile de respecter l'article 27 de l'arrêté du 6 mai 2000. Il a donc été décidé de départementaliser la gestion et la réalisation des visites.



LE PROJET

Vu la configuration du département, le choix s'est porté sur un véhicule itinérant, que nous avons dénommé Véhicule Prévention Santé (VPS). Il sera complété, à court terme, par un cabinet fixe, au centre du département. Après avoir interrogé différents SDIS ayant choisi ce type de formule, nous avons préféré un porteur PL avec cellule fixe plutôt qu'une berce, dans laquelle le matériel médical semble souffrir des manœuvres brutales. Une collaboration



Une confirmation téléphonique est effectuée auprès des médecins et infirmiers, 48 heures avant la visite. Actuellement - tant que le cabinet fixe n'est pas installé - se pose le problème des visites non programmables (recrutement, reprise après arrêt de travail, etc...). Elles sont assurées temporairement, dans le VPS, au gré des disponibilités, impliquant que le SP concerné doit rejoindre le lieu de stationnement du VPS.

BILAN

Nous sommes actuellement à mi-parcours de l'ensemble des visites médicales (environ 1000 visites effectuées). Notre inquiétude, lors de l'élaboration du projet, était la disponibilité des médecins sapeurs pompiers volontaires. Nous avons été agréablement surpris de la façon dont ils ont souscrit à cette organisation et organisé leur disponibilité. De ce fait, le nombre de créneaux horaires que nous n'avons pas pu combler est resté relativement limité. Il est vrai que notre ISPP avait rendu visite à chacun d'entre eux pour lui détailler le processus et le convaincre. Notre plus grande satisfaction a été le vécu des SP et des Chefs de centres. Assez craintifs, à la mise en place du système, sur le devenir de leur aptitude, ils se sont rapidement révélés satisfaits. Les chefs de centres se sont vus déchargés de toute la gestion administrative des visites d'aptitude, des vaccinations et des visites PL et VSAV. Les SP ont fréquemment manifesté leur grande satisfaction, voire même une certaine fierté que le SDIS investisse ainsi pour les maintenir en bonne santé. Six mois après sa mise en service, ce VPS nous paraît, pour l'instant, avoir effectué un parcours sans faute. Nous espérons que l'avenir confirmera notre bon choix. ■



CONCEPTION DU VÉHICULE

Ce VPS comporte deux espaces, séparés par une entrée aménagée avec deux cabines de déshabillage : un espace infirmier (incluant une cabine audio) et un espace médecin. Un réseau informatique relie les deux espaces et l'ensemble des matériels au PC infirmier, équipé du logiciel Lagon 2000 (Reflotron, Urisys, ECG, spiromètre, visiomètre, cabine audio). Le logiciel de gestion des visites est SP 32. Comme le véhicule reste, la nuit, stationné sans surveillance à l'extérieur du centre, il est équipé d'une alarme reliée par GSM au CTA-CODIS, chargé d'alerter aussitôt le chef du centre de stationnement.

BUDGET

Le budget de ce véhicule peut paraître onéreux : le porteur, la cellule et l'équipement représentent un investissement proche de 200.000 €. Effectivement, mais rapporté au coût des visites d'aptitude telles qu'elles se faisaient jusque là, avec examens com-

plémentaires en ville, nous passons de 238 € par sapeur-pompier à 60 €, tous amortissements confondus.

MISE EN ŒUVRE

Les visites d'aptitude sont organisées, les jours ouvrables, en journée (SPP) et en soirée de 17 heures à 21 heures (SPV), ainsi que certains samedis en matinée. Elles sont assurées par les médecins SPP pour les SPP et par les médecins SPP ou SPV pour les SPV et les JSP, et par les ISPP ou ISPV au gré de leur disponibilité. Au cours des visites, une mise à jour des vaccinations est assurée si nécessaire, le VPS étant équipé d'un frigo stockant les vaccins. Le planning est initialement proposé aux médecins, infirmiers et chefs de centres, environ 45 jours à l'avance. C'est le chef de centre qui inscrit les noms de ses SP sur ce calendrier. Lorsque les grilles sont revenues complétées, une convocation individuelle est adressée à chaque SP pour lui confirmer ses dates et heures de visite.

étroite entre le 3SM et le Service Tech-Mat a permis la rédaction de cahiers des charges précis, tant pour le véhicule, que pour le matériel médical, biométrique et les logiciels informatiques. La proximité géographique du constructeur (Sté Saint-Aubert) nous a permis des mises au point minutieuses des aménagements. La visite de chaque centre de secours par notre ISPP, accompagnée d'un officier Tech-Mat a aidé à définir l'emplacement du VPS dans chaque centre et à expliquer notre démarche à chaque Chef de centre.



10^{èmes} Journées du 3SM

Service de Santé et de Secours Médical
Gruissan 16-18 novembre 2007



© Philippe Franc (SDS 11)

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



© Philippe Franc (SDS 11)

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

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



© Philippe Franc (SDS 11)

Programme Scientifique

Vendredi 16 novembre 2007

14h30 - 16h30

« Traumatologie » :

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

17h00 - 19h00

« Ruralité » :

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

Samedi 17 novembre 2007

8h30 - 10h00

« Soutien sanitaire » :

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

10h30 - 12h00

« Organisationnel » :

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

12h00 - 13h00

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

14h00 - 18h00

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

14h00 - 18h00 :

« Communications libres »

Dimanche 18 novembre 2007

8h30 - 10h00

« Pédiatrie »

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

10h30 - 12h30

« Traumatologie II »

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

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

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

DURA LEX, SED LEX

Cass. crim. 3 février 2007

Une consoeur, généraliste de garde a été condamnée à trois mois de prison avec sursis car elle n'a pu être jointe au milieu de la nuit par le SAMU et n'a donc pu se rendre au chevet d'un patient. L'appel émanait d'un enfant de 10 ans qui signalait que son père faisait un malaise. Après un deuxième appel, une heure quatorze après le premier, le SAMU envoie un VSAV sur place. L'équipage constate le décès du patient.

Pour sa défense, le médecin argumente qu'elle passait la nuit dans une zone de réception des appels non couverte par son opérateur de téléphone. Le juge répond qu'elle doit s'astreindre à être joignable. Que dit la Loi ? *L'article 121-3 du Code pénal punit la mise en danger d'autrui faute d'avoir respecté une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi.*

Deux remarques à cette affaire peuvent être faites. Premièrement, la régulation, constatant la non réponse du médecin de garde, aurait du, semble t-il, trouver une autre solution médicale, ou au minimum déclencher le VSAV au premier appel, pour obtenir un bilan plus précis. Ceci n'exonère absolument pas le médecin généraliste de sa propre responsabilité. Deuxièmement, lorsque durablement nous nous trouvons en zone de non-réception, il faut impérativement se signaler par un poste fixe. ■

Hommage et RESPECT

Elsa Serfass, 27 ans, accomplissait en République Centrafricaine sa première mission pour MSF. Elle a été tuée victime d'une attaque de « coupeurs de route ». Elle était porteuse de cette petite flamme qui nous anime tous, personnels de l'urgence et de l'humanitaire. A sa famille, à ses amis, à Médecins Sans Frontières, 3SM Mag fait part de la grande tristesse qui nous étreint. ■



Un concept original

Le Point de Rassemblement des Victimes Flottant (PRVF)

Médecin Commandant P. CAMPBELL, Médecin-chef adjoint, SDIS 76

Commandant J. SEJOURNE, Service Opérationnel du SDIS 76

Ce concept a été imaginé pour répondre au risque d'intervention pour nombreuses victimes immergées dans la Seine lors du rassemblement des grands voiliers se déroulant dans le port de Rouen tous les 4 ou 5 ans.

HISTORIQUE

Dès 1984, germe l'idée de créer des animations sur les quais de Rouen. L'envie de créer une grande concentration de voiliers fait son chemin et en 1985, une association « Les Voiles de la Liberté » est créée. Différentes manifestations sont alors organisées, dont la « Course de la Liberté Rouen New York »

Devant le succès populaire de cette réalisation, l'idée d'une grande manifestation qui rassemblerait les plus beaux et les plus grands voiliers du monde s'impose. C'est le début d'une grande aventure qui se concrétisera le 9 juillet 1989 avec l'inauguration des Voi-

les de la Liberté, puis avec l'Armada de la Liberté en 1994, l'Armada du Siècle en 1999 et l'Armada Rouen 2003.

RISQUES SPÉCIFIQUES

Cette manifestation terrestre et nautique se déroule sur les 10 km de quais du port de Rouen sur les 2 rives et sur la Seine pendant 10 jours. Elle accueille 8 millions de visiteurs. Un certain nombre de risques particuliers sont recensés :

- L'activité économique du port n'est pas mise en

sommeil pendant la manifestation et les trafics fluviaux, routiers et ferroviaires perdurent,

- La densité de population est importante sur des quais qui ne possèdent pas de protection contre les chutes,

- L'implantation d'établissements temporaires recevant du public (souvent flottants) est habituelle.

- Le concert journalier pouvant accueillir 45000 personnes suivi d'un feu d'artifice, entraîne des mouvements de foule impor-

tants sur les bords du quai ;

- En outre en 1999 et 2003, un risque terroriste non négligeable (Plan Vigipirate) se surajoute aux risques conventionnels.

ORGANISATION OPÉRATIONNELLE DES SP

Le principe retenu consiste en la création d'un centre de secours temporaire compétent sur le site de la manifestation mais également sur les secteurs voisins. Ce centre de secours est créé dans le système de gestion d'alerte. Une modification des plans de déploiement habituels est donc réalisée.



Ce centre temporaire des secours est composé :

- d'un PC Armada situé dans un bâtiment inter service qui assure la gestion de l'alerte provenant du CTA- CODIS.
- de deux centres d'intervention (un sur chaque rive) armés par une VL EMOD (un officier chef de groupe et un infirmier SP), un FPT, deux VSAV un VTU transportant un Kit Ramassage nombreuses victimes. En tout, c'est 2 fois 16 sapeurs-pompiers de garde chaque jour. Un renfort de VSAV lors des périodes de grandes affluences ou certains concerts à risques est prévu.
- d'un poste plongeur sous l'autorité d'un chef de poste près d'un appontement et armé de : quatre embarcations (dont 1 servant de réserve mécanique), un pont flottant motorisé servant de Point de Rassemblement des Victimes Flottant (PRVF), un Véhicule Plongeur + embarcation attelée, stationné à proximité, pouvant assurer éventuellement des départs hors site. Ce poste nautique est animé par 12 sapeurs-pompiers (3 PLG2, 4 PLG1, 4 Nautoniers et 1 MSP SPP). Une cellule logistique assure au quotidien l'approvisionnement des différents postes (alimentation, mécanique, consommables...)

RÉPONSE OPÉRATIONNELLE : LE PRVF

L'idée d'utiliser un bateau adapté au secours de nombreuses victimes a germé dès 1994 en utilisant l'un des bacs qui permettent de traverser la Seine. Les ouvertures avant et arrière de ces bacs permettent aux zodiacs une approche facile pour déposer les victimes. En 1999, cette idée de réquisition d'un bac fut reprise mais jugée impossible, mais un exercice de sauvetage de nombreuses victimes tombées en Seine fut orga-



nisé et a mis en évidence la limite des moyens conventionnels de récupération.

Grâce à la collaboration avec la Délégation Militaire Départementale, nous avons pu obtenir que deux éléments d'un pont flottant motorisé soient mis à la disposition des secours de l'Armada. En 2003, nous avons réitéré notre demande et nous avons ainsi pu disposer de cet engin du régiment de Génie de Strasbourg.

Le pont flottant motorisé est constitué d'éléments flottants motorisés par deux moteurs latéraux. Ils peuvent être accouplés pour constituer une surface variable. Notre barge était constituée de deux éléments. Elle était armée par 5 sapeurs du génie. A cette barge est associée un zodiac de sécurité.

Lors de manœuvres d'entraînement, nous avons pu constater l'extrême maniabilité et stabilité de l'engin, la facilité et la rapidité avec laquelle les victimes peuvent être transportées des zodiacs récupérateurs, sa grande surface (100 m²) permettant d'embarquer un matériel suffisant pour la prise en charge secouriste et médicale d'un grand nombre de victime comme dans un éventuel PMA et sa facilité de mise à quai.

Nous avons ainsi démontré que nous pouvions récupérer rapide-

ment un nombre important de victimes tombées à l'eau facilitant la « noria de repêchage », faire un premier triage des victimes par le 3SM embarqué, transmettre un premier bilan à la cellule SAMU du PC interservice (anticipation sur la mise en place d'un PMA), faire un premier conditionnement secouriste et médical des victimes et ceci de jour comme de nuit, grâce à un éclairage puissant embarqué.

MISE EN ŒUVRE DU PRVF

Suite à l'alerte informant d'un sinistre, les embarcations des plongeurs aidés par celles des associations assurant la sécurité du plan d'eau, se dirigent sur les lieux de l'intervention pour un premier bilan et les premiers secours. En même temps, les personnels SP du groupe de ramassage (incluant un médecin et un infirmier), montent à bord du PRVF qui se dirige vers le sinistre en fonction du sens du courant de la Seine. Les embarcations légères ayant repêché des victimes viennent les décharger sur le PRVF où elles sont prises en charge par les secouristes et les membres du Service de santé. Les embarcations légères procèdent à la noria de repêchage. Un premier bilan est transmis au PC inter service qui met en œuvre le plan de secours : détermination du point de débarquement des victimes et établissement d'un PMA dans un site prévu pour accueillir les victimes repêchées et mises en conditions sur le PRVF. Une fois toutes les victimes repêchées, le PRVF se dirige vers le lieu prévu par le PC inter service : les victimes sont alors débarquées et confiées au personnel du SAMU.

CONCLUSION

Nous n'avons pas mis en pratique opérationnelle le PRVF. Nous avons pratiqué des exercices qui ont confirmé les qualités de ce dispositif de récupération de nombreuses victimes tombées à l'eau. Il nous semble que ce dispositif pourrait être mise en œuvre préventivement lors de nombreuses manifestations. Nous prévoyons de le renouveler en 2008 lors de la prochaine manifestation de l'Armada.

Lu pour VOUS



SANTÉ, SÉCURITÉ ROUTIÈRE ET SANTÉ AU TRAVAIL

Alain Dômont, Vincent Wehbi

Alain Dômont est professeur des Universités, son confrère Vincent Wehbi, médecin inspecteur du travail. Tous deux sont promoteurs inlassables et déterminés depuis des années, de la sécurité au travail et sont des experts reconnus souvent cités. Ils ont décidé d'aborder, toujours dans le cadre du monde du travail, un sujet particulièrement préoccupant, celui de la sécurité routière. Tous les médecins sont concernés par cet ouvrage, et pas seulement les médecins du travail.

En pratique courante, c'est le plus souvent lors d'une consultation banale que le médecin de famille peut être amené à détecter un problème concernant l'aptitude à la conduite des véhicules et donner les conseils adaptés qui s'imposent.

Dans les fonctions du service de secours et de santé des Sapeurs Pompiers, le rôle de la sécurité et de la prévention des personnels tient une part majeure, souvent signalée dans nos colonnes.

Ce livre indispensable apportera à chacun de nous toutes les informations médicales et réglementaires permettant de traiter cette question avec la plus grande efficacité et pour le plus grand bénéfice de chacun.

Un document essentiel. ■

Editions DOCIS

Prix : 29€

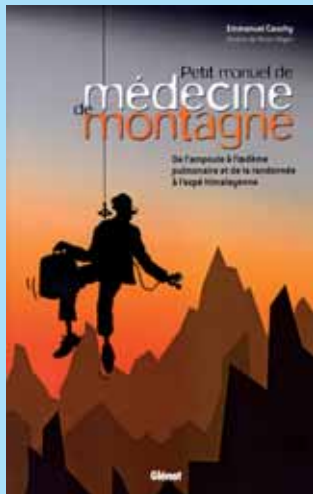
Format : 15,5 x 23 cm, 320 pages
www.editions-docis.com



PETIT MANUEL DE MÉDECINE DE MONTAGNE

Dr Emmanuel Cauchy

Enfin un ouvrage véritablement pratique consacré à la médecine de montagne... et le moins que l'on puisse dire c'est que dans ce domaine technique c'est suffisamment rare pour être souligné !



Ce livre simple et pratique conçu par notre confrère le « docteur vertical » qu'il n'est plus besoin de présenter à ceux qui fréquentent le monde de la montagne est un traité clair et indispensable à tous les usagers de la montagne : depuis la victime à celui qui lui porte secours. Fort de son expérience de médecin du secours en montagne, notre confrère nous propose un ouvrage de présentation originale reposant sur un code des couleurs qui permet différents niveaux de lecture : simple pratique, secouriste, lecteur averti ou médecin.

Un bel ouvrage, intelligemment illustré, agréable à utiliser, accessible à tous et concernant une « matière » pour laquelle les informations pertinentes ne sont pas toujours faciles à trouver... (par exemple la réponse au classique « comment composer une trousse médicale d'urgence rationnelle et adaptée à ses besoins ? »).

A découvrir sans faute et à se procurer absolument !

Editions Glénat
 Format : 14 x 22 cm, 170 pages
 Prix : 18,95 €
 Site web : www.glenatlivres.com

Colloque des Médecins Chefs

23 et 24 mai 2007

Petit moment d'émotion, car c'est la dernière fois que le colloque se tient à Nainville les Roches. Ce haut lieu de la formation dédié à la Sécurité Civile est désormais à vendre. Si vous avez quelques millions d'Euro (certainement résultat cumulé de vos vacances de MSP !) vous pouvez écrire à Monsieur le Ministre de l'Intérieur, propriétaire délégué des lieux.

Ce colloque fut riche et animé. Monsieur Henri Masse, Directeur de la Défense et de la Sécurité Civiles, ardent défenseur d'un rapprochement intelligent des structures en charge du secours, avait convié au colloque la Direction des Hôpitaux, représentée par Mme Perrine Ramet-Mathieu. C'est une sorte de révolution intellectuelle que le Ministère de la Santé vient ainsi discuter avec les médecins SP, mais la cohérence opérationnelle est à ce prix. Cette présence, en tous cas, vaut reconnaissance et nous devons tous en prendre acte. Les débats furent animés, mais toujours courtois. La place du 3SM dans l'organigramme du secours, la tendance à l'hégémonie de certaines régulations de centre 15, la mauvaise utilisation des MSP ruraux, souvent appelés que lorsque le SMUR n'est pas disponible, aucun sujet ne fut laissé dans l'ombre. Mme Ramet-Mathieu a clairement dit l'importance que le Ministère accordait au 3SM. Il n'est pas question, notamment, d'implanter des médecins correspondants SAMU dans les zones couvertes par le 3SM. Des directives ont été données aux ARH pour rester à l'écoute de tous. Jean-Yves Bassetti, nous a rappelé que la Fédération avait bien souvent « forcé la porte » du Ministère



Mme Ramet-Mathieu débat avec les médecins chefs sous le regard attentif du Préfet Masse et d'Henri Julien.

de la Santé pour que cette reconnaissance devienne effective. Nous ne pouvons que nous réjouir des actions conjointes de la DDSC et de la Fédération. Le Préfet Masse a redit ensuite le rôle essentiel du 3SM, en proximité, de la population, mais aussi des SP en intervention. Le renforcement de notre action va de pair avec un renforcement de l'état major santé de chaque département. Nombre des communications qui ont suivi en faisait d'ailleurs la démonstration. On peut citer le soutien sanitaire en feu de forêt, par Daniel Digiambattista, l'implantation des

DSA, par Vincent Audfray, le développement des transmissions par Didier Pourret, la gestion des toxiques, par Marie-Pierre Grangeorges, l'évolution des formations, par Christian Lembeye, et bien d'autres encore.

Deuxième moment d'émotion, la petite cérémonie de remerciement à Henri Julien, qui quitte prochainement ses fonctions après avoir grandement concouru, avec le talent qu'on lui connaît, au développement du 3SM. Que l'on se rassure, par nos publications et nos congrès, il va rester proche de nous.



Pratique quotidienne

GlucoMen® de Ménarini

La Rédaction

La mesure de la glycémie par sang capillaire ou veineux fait partie du monitoring standard de nos patients. Les sapeurs pompiers en ont pris rapidement l'habitude, rien que de plus logique dans la mesure ou les patients diabétiques réalisent eux-mêmes ce test. Nous avons testé le GlucoMen® de ME-

NARINI. Petit, léger, il se distingue par un écran particulièrement visible. Autre particularité intéressante, les données peuvent être mémorisées et transmises à un PC. Ménarini a aussi pensé sécurité en mettant au point un auto-piqueur avec éjection de la lancette après usage.



Informations :
 Menarini diagnostics
www.menarini.com

Du nouveau en matière de sevrage tabagique



Les nouvelles dispositions du code de la santé publique stipulent qu'il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés ou couverts (sauf dérogations) et en particulier dans les casernes. En conséquence, les candidats sapeurs-pompiers à l'arrêt du tabac se multiplient. Le rôle du 3SM est de les aider dans leur démarche de sevrage tabagique. Pour ce faire, les Laboratoires Pierre Fabre proposent une gamme complète de substituts nicotiques : Nicopatch, Nicogum et la pastille à sucer Nicopass.

Il est maintenant possible d'associer entre eux ces produits face aux difficultés que certains fumeurs ont à se passer du tabac, malgré une monothérapie bien conduite. Par exemple, lorsqu'un patient « patché » ressent des envies irrésistibles de fumer il est possible de lui conseiller l'usage d'un substitut par voie orale en complément de son patch. Les Laboratoires Pierre Fabre Santé et leur gamme de substituts nicotiques permettent ainsi d'améliorer l'efficacité de la démarche de sevrage tabagique. ■



Anicare™



Oxygène vétérinaire à AMM européenne

Par décret ministériel, seuls les laboratoires disposant d'un statut d'établissement vétérinaire ont l'autorisation de distribuer un médicament à usage de la santé animale.

Air Liquide Santé qui servait déjà la clientèle vétérinaire avec de l'oxygène médical a décidé d'investir à l'échelle européenne et dépose un dossier d'AMM vétérinaire auprès de l'EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) de Londres afin de continuer à accompagner ces praticiens dans leur pratiques médicales. De cette démarche est née l'offre Anicare™, dédiée exclusivement aux professionnels de la santé animale.

l'oxygène à destination de la santé animale sur toute l'Europe.



D'un point de vue technique, précisons que cette AMM concernant l'oxygène vétérinaire s'inscrit pleinement dans le développement de l'anesthésie gazeuse qui rencontre un nouvel essor ces dernières années en santé animale. L'anesthésie gazeuse permet notamment un meilleur contrôle du geste anesthésique, un réveil facilité et un confort certain pour l'animal. ■

Seul laboratoire vétérinaire à détenir actuellement cette autorisation, Air Liquide Santé France dispose aujourd'hui d'une exclusivité de fabrication et de distribution de

Informations :
Air Liquide Santé France
www.airliquide.com
Tél. : 01 44 11 00 17
Fax : 01 44 11 00 97

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

TRANSPORTS SANITAIRES - UNITES MEDICALES MOBILES - CASERNEMENTS

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

Bactéricide, Virucide, Fongicide, Sporicide

(Efficace notamment sur BK, H5N1, CLOSTRIDIUM 027)

Il est biodégradable, non toxique, non corrosif.

INTÉRÊTS SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES:

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



Immobilisation du rachis

Justifications médicales des nouveaux programmes PSE 1 et PSE 2

Thierry FUZELLIER (SDIS 49), Jean MYLONAS (SAMU / 3SM 49), Gilles CAVALIER (SAMU / 3SM 49), Guillaume BOUHOURS (CHU Angers / 3SM 49), Carole CAROLET (3SM 95), François SABATER (3SM 95) Philippe GOUERY (SDIS 44)



Il importe de préciser les justifications médicales qui ont conduit à une évolution des techniques de secourisme. Il convient de les justifier au travers de celles qui figureront dans les nouveaux programmes.

Le principe de prise en charge d'une victime par les secouristes repose sur la réalisation de « gestes médicaux qui leur sont concédés ». Ils reçoivent pour cela une formation adaptée.

INTRODUCTION

Les traumatismes crâniens et rachidiens sont souvent associés et doivent bénéficier d'une immobilisation stricte de l'ensemble du rachis. Cette dernière sera identique pour ces deux types de lésions en dehors de la prise en charge d'une éventuelle détresse d'une fonction vitale.

Approche épidémiologique

Le traumatisme du rachis est fréquent. Il se complique dans près de 30% des cas par une lésion médullaire. En France, certains auteurs estiment que 1000 à 2000 nouveaux cas surviennent chaque année, ce qui représente près de 50000 traumatisés médullaires. La population masculine jeune est la plus touchée (4 hommes pour 1 femme). L'âge moyen est de 30 ans avec deux pics de fréquence, l'un qui prédomine chez les jeunes entre 16 et 25 ans, l'autre après 50 ans (2-4). Les circonstances de survenue sont les suivantes : 40 à 45% lors d'accidents de la voie publique, 15 à 30% lors d'une chute, 15 à 25% lors d'un accident de sport. Selon certains auteurs, la mortalité des patients présentant une lésion médullaire est de 17% en cas de lésions associées, et de 7% en cas de lésion médullaire isolée (5).

• Importance du problème

Les patients concernés doivent bénéficier d'une prise en charge optimale avec une méthode de contention performante. Il est ad-

mis que les techniques d'immobilisation et de contention strictes, précoces et systématiques ont permis de faire diminuer significativement les lésions médullaires complètes de 65% dans les années 60, à 46% à la fin des années 90. Malgré cela, 3 à 25% des lésions médullaires se constitueraient secondairement pendant le transport ou la phase hospitalière (2-7). Toutefois, aucune étude avec un niveau de preuve suffisant ne permet de confirmer ces données. On retrouve par ailleurs des lésions du rachis cervical chez 30% des traumatisés graves inconscients (11).

PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

L'objectif principal est de réduire la survenue des déficits neurologiques et d'éviter leur aggravation secondaire (2).

Les étapes de la prise en charge médicale seront les suivantes :

- évaluation rapide,
- mise en œuvre des gestes de réanimation afin d'éviter un retentissement sur les fonctions vitales,
- évaluation secondaire (lésion médullaire ?),
- immobilisation rachidienne, pour éviter une lésion secondaire,
- transport et admission dans un centre spécialisé.

Ces patients seront dans la plupart des cas, pris en charge par une équipe secouriste à laquelle s'ajoutera une équipe médicale. Il importe dans ces pathologies complexes de prendre en charge les lésions rachidiennes initiales, mais également de prendre en compte les éventuelles dysfonctions d'organes que la lésion médullaire aura pu provoquer. L'engagement d'une équipe médicale est

recommandé dans les conférences de consensus relatives à cette question médicale (3-5-17).

PRINCIPE D'IMMOBILISATION DU RACHIS

Une immobilisation stricte du rachis doit être réalisée de façon systématique. Puisque aucune étude n'apporte un niveau de preuve suffisant, il faut préciser que ces pratiques ne représentent seulement que des précautions (7). L'immobilisation de la tête est préconisée en position neutre depuis le lieu de l'accident, pendant le transport et jusqu'à l'admission à l'hôpital (2). Les méthodes utilisées devront permettre d'assurer une immobilisation de la tête, du rachis cervical et du tronc, la plus complète possible.

Les différentes étapes de prise en charge d'un traumatisé sont admises par la plupart des auteurs (7) :

- immobilisation de la tête et du cou avec pose d'un collier cervical et maintien de la tête par un secouriste,
 - dégagement et relevage,
 - immobilisation des fractures après dégagement,
 - immobilisation pour le transport.
- Le maintien de cette immobilisation devra être conservé jusqu'à ce que le bilan radiographique ait pu être pratiqué (6).

DIFFÉRENTS MATÉRIELS

Collier cervical : L'immobilisation du rachis cervical est habituellement assurée par la pose d'un collier cervical rigide qui doit avoir une taille adaptée à la victime. Son utilisation d'une manière isolée ne permet pas d'assurer une immobilisation totale du rachis cervical. Le collier cervical limite 90% des

mouvements de flexion et 50% des mouvements latéraux et de rotation (7-12). Ces données justifient l'obligation de devoir toujours compléter leur utilisation par un maintien manuel permanent par un équipier, dès leur pose. C'est précisément le rôle crucial du secouriste qui assure la fonction « d'écreuil » dans une intervention de secours routier.

Lorsque le cou est placé en position neutre, le maintien de la tête doit être effectué dans cette position, de façon à éviter la survenue ou l'aggravation d'une lésion médullaire. L'angulation précise correspondant à la position neutre de la tête a fait l'objet d'études. Il apparaît que celle-ci correspond à une extension d'environ 12° (14). Des incidents ont également pu être décrits lors de la mise en place du collier : aggravation neurologique, compression veineuse jugulaire provoquant une hypertension intracrânienne (1-14). Une immobilisation correcte serait également à l'origine d'une amélioration de la vascularisation médullaire (13). Ultérieurement, une contention mécanique pourra être mise en place pour permettre la poursuite de ce maintien.

Plan dur : Il est utilisé depuis plusieurs années dans les pays anglo-saxons. Après la pose du collier cervical, la victime est ensuite placée sur un plan dur avec maintien latéral de la tête par un système de contention qui le solidarise au plan dur avec l'emploi de sangles pour rendre la victime immobile. L'immobilisation de la tête par cette technique empêche ainsi tout mouvement de rotation (7).

Matelas à dépression : Dans les pays européens, après la pose du

collier cervical, il est le plus souvent fait appel à l'utilisation d'un matelas à dépression. Ce matelas « coquille » permet d'éviter tout mouvement de flexion-extension et de rotation du rachis. Il ne doit pas s'exercer de pression dans le sens longitudinal, raison pour laquelle il faudra obligatoirement disposer d'un modèle « anti-rétraction »^(4,7).

Attelle d'immobilisation cervico-thoracique (type KED) : Associée au collier cervical, cette attelle permet une immobilisation presque complète de la tête et du torse⁽²⁾. Son utilisation permet, en particulier, d'assurer une immobilisation satisfaisante pour les victimes suspectes d'un traumatisme rachidien avec risque de traumatisme médullaire dans les circonstances spécifiques d'accidents de la voie publique. Elle assure le dégagement des victimes dans des conditions d'immobilisation acceptables. Lors de l'utilisation de l'attelle de KED, il importe, après extraction de la victime et son installation sur le plan dur, de desserrer la sangle inférieure et/ou la sangle thoracique⁽¹²⁾. Cette précaution évitera une compression des vaisseaux des membres inférieurs en cas de maintien des sangles serrées. Cependant, dans les situations où le pronostic vital est engagé, la sortie de la victi-

me d'un véhicule se réalisera rapidement sans avoir positionné ce type d'attelle, la prise en charge des détresses vitales devant être privilégiée⁽²⁻¹²⁾. Dans ces circonstances précises, le dégagement de la victime s'efforcera de maintenir une stabilisation maximale de la colonne rachidienne. La méthode utilisée fera appel à l'ensemble des secouristes présents de façon à pouvoir obtenir le meilleur maintien manuel possible.

Limites des moyens de contention : Tous les moyens de contention (plan dur, matelas à dépression, attelle de KED) peuvent laisser subsister quelques mouvements, en particulier en raison de leur fixation directe à la victime - les tissus mous autorisant un certain degré de mouvement par rapport au cadre osseux -⁽¹²⁾. L'utilisation de ces moyens peut aussi provoquer des complications : malaise, compression au niveau des blessures, escarres de décubitus, gêne respiratoire⁽⁹⁻¹⁰⁾. Ces



complications justifient la nécessité de les ôter lorsque toute lésion est exclue.

CHOIX DES DIFFÉRENTS MATÉRIELS DE CONTENTION ET DES MÉTHODES DE RELEVAGE

Aucune donnée ne permet actuellement d'établir d'une façon univoque les éléments permettant de préciser le choix d'une méthode par rapport à une autre. Selon les situations, nous allons aborder les différentes possibilités offertes par les différents matériels.

Victime allongée sur le dos :

- La combinaison du collier cervical, du plan dur, d'immobilisateurs de tête et de sangles représente une méthode de prise en charge utilisée le plus souvent dans les pays anglo-saxons⁽¹⁶⁾.

- La combinaison du collier cervical et du matelas coquille est la méthode la plus souvent pratiquée dans les pays européens. Cette méthode est recommandée par les conférences d'experts, en particulier en France⁽⁵⁻⁷⁻⁸⁾.

- Le recours à l'emploi de l'attelle de KED ne pose aucune difficulté particulière pour positionner ultérieurement la victime sur un matelas à dépression ou sur un plan dur. L'utilisation d'un plan dur avec sangles pour une victime installée dans une attelle de KED apparaît pour certains comme la technique d'immobilisation la plus fiable, réduisant en particulier la mobilité rachidienne à 5% de la normale⁽⁷⁾.

Victime allongée sur le ventre :

- Le retournement de la victime est réalisé avec le plan dur (après immobilisation du rachis cervical). Cette technique apparaît dans les nouveaux programmes, elle est utilisée depuis plusieurs années dans les pays anglo-saxons⁽¹²⁾.

Victime debout suspecte d'un traumatisme du rachis : La seule technique préconisée est l'utilisation du plan dur (après immobilisation du rachis cervical), puis l'horizontalisation ultérieure de la victime⁽¹²⁾.

Retrait de la contention : Le moment du retrait de l'attelle de KED se pose véritablement. Idéalement, il nous semble que le meilleur compromis pour envisager son retrait soit après l'admission de la victime à l'hôpital dès que l'on dispose de clichés radiologiques. Ce choix évite le remplacement de l'attelle de KED par un matelas à dépression. Cette solution ne nécessite pas de réaliser des manœuvres parfois complexes et réduit considérablement les risques de mobilisation secondaire⁽⁷⁻¹⁵⁾.

- La victime placée sur un plan dur (avec collier cervical, attelle de KED, sangles, maintiens latéraux), ou placée sur un matelas à dépression (avec collier cervical, avec ou sans attelle de KED) ne sera libérée de ces moyens de contention que lorsque des clichés radiographiques (radiographies standards ou le plus souvent bilan tomodensitométrique) auront pu être réalisés et que toute lésion rachidienne aura pu être écartée⁽⁵⁾.

Bibliographie

1. Lenfant F & Coll., Traumatismes crâniens sévères : évaluation de la gravité et traitement initial. Revue des SAMU 2004 : 9-15.
2. Bernhard M, Gries A, Kremer P, Böttiger BW, Spinal cord injury – Prehospital management. Resuscitation 2005; 66: 127-139.
3. Monitoring du patient traumatisé grave en préhospitalier. Conférence d'experts-SFAR-Samu de France-SFUM- SRLF 2005
4. Engrand N, Traumatismes vertébro-médullaires : prise en charge des 48 premières heures, MAPAR 2006.
5. Petitjean ME & coll, Les traumatisés graves du rachis. Conférences d'actualisation 2002. Elsevier SAS et SFAR.
6. Riou & Coll., Quelles priorités dans la prise en charge initiale du polytraumatisé ? Conférences d'actualisation 2006, Elsevier et Masson SAS.
7. Freysz M & Coll., Quelle mise en condition ?, Actualités en réanimation préhospitalière 2002, Société Française d'Éditions Médicales 2003.
8. Prise en charge d'un blessé adulte présentant un traumatisme vertébro-médullaire, SFAR, Conférence d'experts 2003.
9. Stevens R.D., & Coll, Critical care and perioperative management in traumatic spinal cord injury, J Neurosurg Anesthesiol 2003, 15, 215–229.
10. The Section on Disorders of the Spine and peripheral nerves of the American Association of Neurological Surgeons and the Congress of Neurological Surgeons, Guidelines for management of acute cervical spinal injuries. Chapter 1, Neurosurgery 2002, 50 (Suppl), S7–S17.
11. Robert O & Coll., Intérêt des radiographies standard du rachis cervical chez le traumatisé Inconscient. Ann Fr Anesth Réanim 2002, 21: 347-53.
12. Mc Swain N, Frame SB, Salomone JP, PHTLS Secours et soins préhospitaliers aux traumatisés, Editions Elsevier 2005, 215-250.
13. Ducker JB & Coll., Experimental cord. Trauma III. therapeutic effect of immobilization and pharmacological agents. Surg Neurol 1978, 10: 71-76.
14. Guidelines for management of acute spinal injuries. Cervical spine immobilization before admission to the hospital, Neurosurgery 2002, 30 : S18-S20.
15. American College of Surgeons. Advanced trauma life support course manual. Chicago 1991.
16. Podolsky S, Baraff LJ, Simon RR, Hoffman JR, Larmon B, Ablon W, Efficacy of cervical spine immobilization methods, J trauma 1983, 23: 461-465.
17. Recommandations concernant la prise en charge préhospitalière des patients en état grave. Recommandations SFAR / SAMU de France 2002.

L'intervention du numéro

La cuisine est bien le lieu de tous les dangers ! Toutes les études conduites par l'INVS sur les accidents domestiques tendent à le montrer. Cette observation corrobore les travaux de notre éminent institut.

Une femme de 28 ans se dispute avec son époux, qui (peut être furieux de la médiocre qualité du repas) lui plante une fourchette dans l'orbite gauche.

La patiente est conduite consciente à l'hôpital le plus proche. Le scanner objective la pénétration et semble préciser que le globe n'est pas atteint. L'intervention consiste simplement à retirer sous anesthésie la fourchette. Un traitement an-



tibiotique est prescrit. Les suites seront des plus simples. Aucune complication neurologique ni visuelle ne seront notées. ■

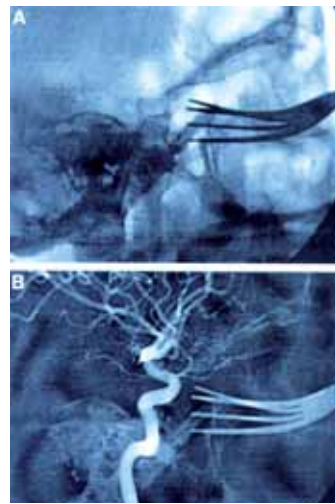
Effacité et sûreté de l'association budenoside/formoterol comparée au salbutamol dans le traitement de l'asthme aigu.

V. M. Balanag, et al.

Pulmonary Pharmacology & Therapeutics 19 (2006) 139-147.

Les auteurs ont conduit une étude randomisée, en double aveugle, avec groupe témoin, pour évaluer la prise en charge des crises broncho-constrictives survenant

chez des patients asthmatiques. Deux traitements par inhalation étaient proposés : Budenoside/formoterol (Symbicort® Turbuhaler®) et salbutamol. 103 patients ont été inclus, d'une moyenne d'âge de 45 ans. Le traitement était débuté dès l'arrivée à l'hôpital, et consistait en deux inhalations, soit 1280/36 µg pour le Symbicort® et 1600 µg pour le salbutamol. Le Volume expiratoire maximum secon-



1. Remarquez le manche de la fourchette qui a été arraché par la violence du geste.

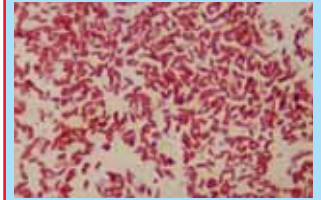
A et B. Radiographie latérale précisant le positionnement intra orbital de la fourchette (A), et angiographie confirmant l'intégrité de la carotide interne gauche (B).

de était mesuré à 15, 30, 60, 90, 120 et 180 minutes après la dernière prise. Le traitement était considéré comme un échec si un traitement supplémentaire était nécessaire. Les deux traitements se sont révélés aussi efficaces dans le traitement des exacerbations, mais avec une tendance à la tachycardie plus marquée pour le salbutamol, et ce pour une durée dépassant les trois heures. ■

Epidémiologie

IMPORTATION DE GERMES

En mars et avril 2007, trois cas de choléra ont été déclarés en France. Les trois sujets revenaient d'Inde. Le vibron avait chaque fois une sensibilité aux Quinolones diminuée, ce qui ne manque pas d'inquiéter l'InVS.



Vibrio cholerae. Coloration de Gram.

MALADIE ENDEMIQUE

Lancement de la 8^{ème} campagne de lutte contre la filariose lymphatique en Polynésie française. Le problème est que l'ivermectine fait mauvais ménage avec l'alcool !

INTÉRESSANT

Il est possible de partir en voyage avec une clef USB contenant des données médicales personnalisées sécurisées et lisibles en 7 langues.

www.astrium.com

Ce petit objet coûte 35€

Nouveauté

La transmission Ethernet sur les DEA

Avantages :

- Transfert automatisé depuis les centres de secours vers un serveur distant.
- Synchronisation automatique de l'heure à chaque transmission.
- Logiciel de lecture avec export Excel.

SCHILLER
www.schiller.fr

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

Urgences préhospitalières

Une approche par étude de cas

SCh Georges BRANDT – CSP Mulhouse (SDIS 56)

L'engagement d'un hélicoptère lors d'un accident de la route est une procédure de pratique courante. L'utilisation de ce vecteur de transport nécessite cependant un certain nombre de précautions qu'il n'est pas inutile de rappeler.

LES FAITS

Motif d'envoi des secours : 11 h 35 : choc frontal entre deux véhicules, une victime éjectée, un hélicoptère engagé.

À l'arrivée sur les lieux : L'ambiance est caractéristique d'un secours routier. Plusieurs engins de secours vous ont précédé sur les lieux. Vous confirmez la présence de deux véhicules assez lourdement accidentés. Vous trouvez cinq patients dont un éjecté et

deux autres victimes dans un état critique. Vous notez que le centre hospitalier receveur est à peu près à 20 minutes de route du lieu de l'accident. Un hélicoptère sanitaire a déjà été appelé pour l'évacuation d'une des victimes critiques. Il est attendu sous peu.

QUESTIONS

1. Quels sont les dangers les plus habituellement rencontrés lors de



l'atterrissage et du décollage d'un hélicoptère sur une scène d'accident ?

2. Quelles sont les étapes nécessaires à la préparation d'une zone d'atterrissage (DZ) improvisée mais parfaitement sécurisée destinée à accueillir un hélicoptère sanitaire ?

3. Du point de vue de la sécurité opérationnelle, quelle est la différence entre un embarquement «

rotor tournant » et un embarquement classique, rotor et turbines arrêtés ?

4. L'hélicoptère est en route. Le premier patient (celui qui est dans un état critique) est prêt à être transporté vers le centre hospitalier le plus proche : après contact avec le SAMU vous avez la confirmation qu'il y est effectivement attendu. Dans ces conditions, attendez-vous l'arrivée de l'hélicoptère ou transportez-vous ce patient par la route ? Dans les deux cas, quels facteurs prenez-vous en compte lors de votre prise de décision ?

5. Si votre aide est requise pour l'installation de la victime dans l'hélicoptère, quelles sont les précautions à prendre durant l'approche de l'appareil ?

6. Au vu du nombre de patients et du type de scène d'intervention, quel service ou quel individu sera le plus à même de s'occuper de la préparation de la zone d'atterrissage ?

RÉPONSES AUX QUESTIONS

1. Les lignes électriques, les arbres. Idéalement, une zone d'atterrissage devrait faire au moins 30 m sur 30. Tous les dangers potentiels doivent être signalés au pilote avant l'approche de la zone d'atterrissage.

2. La zone doit être dégagée de tous les équipements médicaux, véhicules et éventuels témoins ou patients en attente. Les éventuelles rafales de vent doivent être signalées. La communication avec l'hélicoptère doit être établie. Les débris volants potentiels doivent être dégagés. Les écoulements de carburant doivent être recouverts avec un produit absorbant adapté.

3. Lors d'un embarquement rotor tournant, le patient, préparé pour le transport, est chargé alors que le rotor de l'hélicoptère tourne toujours. Cela permet un décollage rapide avec le patient, mais augmente le risque de blessure. Les intervenants doivent bénéficier d'une formation adaptée et régulière, de façon à permettre une approche correcte de l'appareil et d'éviter des zones aveugles à l'arrière de l'appareil. Lors d'un embarquement classique, les personnes se dé-



plaçant aux alentours de l'appareil ne courent aucun risque.

4. L'hélicoptère, 1) permet de minimiser les délais dans des zones où un transport par voie routière entraînerait une perte de temps (long trajet, accès difficile), 2) l'équipage d'un hélicoptère peut être utilisé pour apporter un renfort sur un accident avec victimes multiples, 3) un hélicoptère peut être utilisé pour transporter un spécialiste (chirurgien) sur les lieux d'une désincarcération particulièrement difficile

Dans le cas présent, l'hélicoptère est utilisé en raison du nombre de patients. C'est pourquoi toute victime déjà conditionnée devrait être

transportée immédiatement sans attendre l'arrivée de l'hélicoptère. Les facteurs à prendre en compte comprennent la durée de la désincarcération, le nombre de victimes, la proximité de l'hôpital receveur, la destination probable de chaque patient et les conditions météorologiques.

5. Vous réaliserez un chargement rotor arrêté à moins d'avoir été formé et d'avoir une expérience suffisante de l'embarquement rotor tournant. Dans le cas contraire, approchez par l'avant de l'appareil tout en maintenant un contact visuel permanent avec le pilote. Lors de l'approche, observez attentivement non seulement les pa-

les du rotor, mais aussi les patins de l'hélicoptère. Baissez-vous de façon à augmenter l'espace entre votre corps et les pales du rotor. Assurez-vous qu'un membre de l'équipage contrôle la fixation adéquate du brancard. Partez dans la même direction que celle prise pour l'approche de l'appareil. Portez les dispositifs de protection du visage et de la tête adaptés.

6. Sur un accident de ce type de nombreux services peuvent intervenir au même moment. Équipes VSAB, équipe VSR (désincarcération), équipe de protection incendie, forces de l'ordre (mise en place une déviation). Il est probable que le commandant des opérations de secours (COS) soit très occupé du fait des multiples aspects de cet accident et n'ait pas le temps de se consacrer à la préparation de la zone d'atterrissage. L'idéal si personne n'est disponible pour se consacrer intégralement à cette tâche, c'est l'engagement d'un véhicule de renfort spécifiquement dédié à cette tâche. Les équipiers doivent être familiarisés avec la détermination et la préparation d'une zone d'atterrissage. ■



La révolution dans le monitoring et la défibrillation

corpuls³ – La solution pré-hospitalière et hospitalière pour le monitoring et la défibrillation

Domaines d'utilisation : SMUR et Sapeurs-Pompiers sur les lieux d'intervention, transports secondaires, salles de déchoquage et transferts inter-services ■ système unique de monitoring et de défibrillation sans fil ■ transmission ininterrompue par Bluetooth de tous les paramètres vitaux ■ manipulation simple et intuitive par menu déroulant ■ tous les paramètres visibles sur grand écran couleur

T : 01 69 35 53 20 ■ www.weinmann.de

Equipes cynotechniques

Le suivi médical des chiens par les vétérinaires SP

Vétérinaire Capitaine Véronique VIENET (SDIS 06), Médecin Colonel Jacques BARBERIS - Médecin chef (SDIS 06), Colonel Patrick BAUTHEAC - DDSIS (SDIS 06).

Les équipes cynotechniques des SP entrent dans le cadre des sections opérationnelles spécialisées, comme la CMIR ou la CMIC... Le 3SM est à la fois concerné pour les visites médicales d'aptitude des conducteurs cynotechniques mais aussi par le biais du vétérinaire SP pour le suivi médical des chiens. Ce suivi médical comprend les visites médicales d'aptitude opérationnelle ainsi que le soutien sanitaire des chiens engagés en interventions, entraînements ou manœuvres.

MÉDECINE D'APTITUDE DES CHIENS

Le suivi médical du chien doit avoir pour but de vérifier ses paramètres essentiels afin que l'« outil chien » utilisé par le SDIS puisse remplir correctement la mission confiée : recherche et sauvetage de vies humaines.

A ce jour, aucun cadre réglementaire ni SYGICOP ne définit la médecine d'aptitude au travail des chiens. Le choix des paramètres à vérifier afin de prononcer une aptitude ou une inaptitude relève donc de l'art vétérinaire. Cependant, la décision médicale prise engage le vétérinaire sapeur pompier qui l'a prononcée ainsi que le médecin chef, chef du 3SM et du DDSIS. C'est la raison pour laquelle, il apparaît indispensable de définir les paramètres minimums à surveiller ou vérifier chez le chien, permettant au vétérinaire de prononcer une aptitude ou non.

D'autre part, le décret 97-1225 du 26/12/1997 (art.24) définissant les missions du 3SM peut être applicable en matière de suivi des chiens :

- surveillance de la condition physique des chiens,
- exercice de la médecine d'aptitude des chiens des équipes cynotechniques des sapeurs pompiers,
- soutien sanitaire.

Le vétérinaire sapeur pompier est par ailleurs tenu de se conformer au Code de déontologie et à la législation sur la pharmacie vétérinaire, toute prescription devant être accompagnée d'une visite médicale. Dans le cadre du soutien sanitaire, il n'est tenu qu'aux soins médicaux chirurgicaux conservatoires d'urgence.



PARTICULARITÉS DU CHIEN DE TRAVAIL

Le chien de travail est un « outil vivant » du SDIS, formé par un long apprentissage (2 ans environ) afin d'utiliser ses capacités physiques et olfactives dans le cadre de la recherche et le sauvetage de personnels ensevelis. Les qualités physiques recherchées sont celles du chien sportif : résistance, vigueur, énergie, souplesse, endurance, robustesse. Certaines races sont privilégiées pour leurs qualités physiques et olfactives (Berger Allemand, Bergers Belges, Labrador), cependant avec même un excellent nez, un chien ayant des difficultés d'apprentissage d'origine comportementale sera beaucoup moins performant. Le vétérinaire sapeur-pompier apparaît comme un élément incontournable (évaluation morphologique, physiologique et comportementale) dans les critères de choix du chiot ou du chien, futur outil de travail du SDIS.

Par ailleurs, la prise en compte de la relation conducteur - chien est fondamentale : le chien sera ce que l'on en fait. Un chiot issu de lignée de travail, avec une morphologie parfaite mais une éducation

défaillante par le conducteur entraînant anxiété, sociopathie, hyperactivité... ne sera jamais un chien de travail efficace et sûr.

DIFFÉRENTS TYPES DE VISITES

Décomposons les différents types de visites que le vétérinaire SP est amené à faire en vue de prononcer ou de maintenir une aptitude opérationnelle du chien, en relation aussi avec l'âge d'acquisition de l'animal :

- **La visite d'achat** du chiot ou d'un jeune adulte, faite au moment de l'achat ou au maximum dans les 5 jours (délais légaux au titre des vices rédhibitoires) a valeur de point de référence dans le suivi médical du futur chien opérationnel.

- **La visite d'incorporation ou de recrutement** a lieu entre 14 et 15 mois lorsque en fonction de la race, le chien a acquis les caractères stables adultes (compétences sensorielles, motrices, comportementales). Elle a pour but de permettre l'intégration du chien au sein de la spécialité, et de suivre la formation CYN 1, en vue de l'activité opérationnelle future.

- **La visite d'aptitude annuelle** concerne les chiens formés. Elle



permet l'inscription du chien sur la liste d'aptitude opérationnelle départementale validée par le Préfet.

- **La visite de réforme** suite à un accident ou une maladie entraîne une inaptitude médicale définitive ne permettant plus au chien d'être opérationnel. D'autres visites peuvent être effectuées afin d'assurer un suivi médical le plus complet, permettant de garantir la responsabilité du SDIS : visites de suivi périodique, visites de suivi du développement comportemental du chiot, visite de reprise d'activité suite à un arrêt, visite suite à l'exposition de matières dangereuses sur intervention (fumées toxiques, produits chimiques, radiologiques, présence d'agents biologiques).

L'aspect médical et financier de ces différents types de visites sera présenté dans d'autres articles. La surveillance de la condition physique des chiens comprend le suivi de l'alimentation des chiens (choix du type d'aliment, plan de rationnement adapté à l'effort fourni) et le suivi de l'effort physique (parcours d'agrès, tests d'efforts ...), véritable indicateur de santé et outil de médecine préventive pour le vétérinaire sapeur-pompier. Cet aspect nécessite la présence régulière du vétérinaire sur les entraînements des équipes cynotechniques (minimum une fois par trimestre).

Dernier point important à évoquer : dans le cadre de la médecine préventive, le chien étant amené à être en contact avec des sapeurs-pompiers ou du public (manifestations, rencontres, interventions), le vétérinaire sapeur-pompier doit prendre en compte l'aspect des zoonoses potentielles (vaccination rage, antiparasitaires internes et externes ...)

Le coronarien et l'aptitude opérationnelle

Dr Jean-Luc FABRE, Cardiologue - SDIS 21

Les patients jeunes, porteurs d'une insuffisance coronarienne chronique (ICC) sont de plus en plus nombreux grâce à l'amélioration de la prise en charge des syndromes coronariens aigus (SCA). Ces sujets, souvent indemnes d'angor, admettent mal leur inaptitude aux fonctions de SP.

Ces sujets sont généralement entrés dans la maladie coronarienne par un SCA et ont été coronarographiés.

- Les uns n'ont pas été revascularisés car les lésions ont été jugées à faible risque ou ne se prêtaient pas à une revascularisation (ces sujets sont inaptes).
- Les autres ont été revascularisés : angioplastie (ATL) avec mise en place d'un stent, ou plus rarement pontage aorto-coronarien (PAC) pour des lésions coronariennes plus graves avec souvent des altérations importantes de la fraction d'éjection. Ces patients seront souvent inaptes mais dans quelques cas l'aptitude pourra être envisagée.

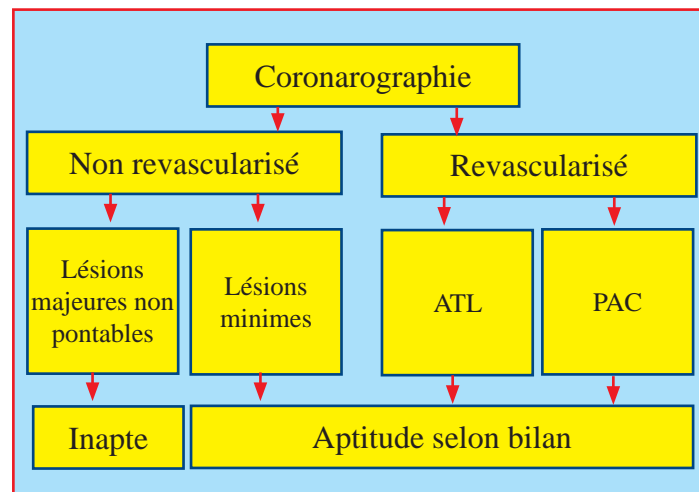
ÉVOLUTION DE L'ICC

- Il est rare que l'évolution de l'ICC se résume à une augmentation progressive du volume des plaques car il se produit généralement des ruptures induisant une agrégation plaquettaire avec thrombose occlusive (SCA ST+) ou thrombose non occlusive (SCA ST-) ou muette. Mais à terme, il y a majoration du degré de sténose. La majorité des SCA est secondaire à la rupture d'une plaque peu ou moyennement sténosante. Cela explique la phrase de Gallavardin « *L'évolution de l'angine de poitrine va de 30 secondes à 30 ans* ».
- Les plaques vulnérables sont des plaques à haut risque de rupture avec une coque fibreuse fine et un gros noyau lipidique. La coronarographie en cas de SCA montre généralement à côté de la plaque coupable d'autres plaques qui peuvent devenir vulnérables (syndrome de pancoronarite).
- Le traitement médicamenteux de l'ICC comprenant en particulier

statines et inhibiteurs de l'enzyme de conversion a un rôle stabilisateur des plaques.

ATL ET STENTS

En cas de SCA ou parfois d'angor d'effort, la plaque coupable est généralement traitée par ATL avec mise en place d'un stent. A l'inverse, le traitement invasif systématique des plaques muettes n'a pas fait ses preuves.



Le talon d'Achille de l'ATL est la resténose (au moins 1 cas sur 3 à 6 mois). Les stents nus réduisent ce taux à 10-20%, les stents actifs (ou coatés) à moins de 10%. Ces stents Taxus et Cypher délivrent des substances anti-mitotiques, réduisant les risques de resténose, mais en retardant la cicatrisation ils prolongent le risque de thrombose de stent, et par là même, la durée de l'association des deux anti-agrégants plaquettaire (AAP), Clopidogrel (Plavix®) et Aspirine.

En cas de resténose après ATL et stent, l'angor réapparaît : il peut être rapidement évolutif voire invalidant mais l'accident aigu est exceptionnel alors que c'est le mode

de révélation habituel de la thrombose de stent.

LES PAC

En général, il s'agit de PAC artériels, surtout mammaires internes, plus rarement de ponts veineux. La perméabilité des ponts artériels se maintient habituellement au fil des ans ce qui n'est pas le cas des ponts veineux. Souvent ces PAC sont pratiqués chez des patients plus gravement atteints pour lesquels l'aptitude ne peut être envisagée. Quelques patients pourront se voir proposer le bilan d'évaluation permettant de discuter leur aptitude.

LES AAP

On prescrit un ou deux AAP suivant les modalités cliniques et thérapeutiques de l'insuffisance coronarienne.

- En cas d'ATL avec ou sans stent : si la procédure est pratiquée en dehors d'un SCA donc dans le cadre d'un angor stable on

chirurgie, le risque croît de l'Aspirine au Plavix puis à l'association des deux AAP. On craint particulièrement les traumatismes crâniens avec leur risque accru d'hémorragie intracrânienne qui rend pour nombre de services d'accueil des urgences le scanner systématique (les anti-vitamines K -AVK- contre-indiquent l'aptitude chez nous alors qu'on les neutralise plus facilement que les AAP. Ces derniers n'ont pas d'antagoniste connu, on ne peut guère proposer que la transfusion de plaquettes). Un problème majeur est la gestion de l'arrêt des AAP en cas de chirurgie. En cas d'arrêt des AAP dans le premier mois, après implantation d'un stent, 25% des patients meurent de thrombose aiguë du stent.

Le Flurbiprofène (Cebutid®) et les HBPM sont des alternatives souvent recommandées mais non validées... c'est dire la gravité potentielle de tout traumatisme grave chez ces patients.

PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AUX SP EN INTERVENTION

Le stress majeure non seulement le travail cardiaque mais encore le risque de rupture de plaque. Les efforts physiques augmentent la consommation d'oxygène. L'exposition possible à des températures extrêmes (froid = vasoconstriction) / chaleur = déshydratation et thrombose). Le risque traumatique en intervention interdit l'aptitude des sujets recevant deux AAP. En outre la responsabilité de la collectivité peut être mise en jeu en cas d'accident en service commandé.

ÉVALUATION DU PRONOSTIC

Nous limiterons notre étude aux sujets totalement asymptomatiques ce qui constitue un premier élément de bon pronostic.

- **Echocardiographie trans-thoracique** pratiquée plusieurs mois après l'épisode aigu : le facteur prédictif majeur est la fraction d'éjection (FE) considérée comme de bon pronostic si elle est supérieure ou égale à 50%.

- **Holter rythmique** qui recherche des troubles du rythme graves exposant au risque de mort subite essentiellement si la FE est altérée. Sinon il a surtout une bonne valeur prédictive négative.

• **L'épreuve d'effort** reste l'examen de première intention dans le bilan pronostic de l'IC. On la pratiquera ici après un arrêt temporaire des anti-angineux. Le facteur pronostic le plus puissant est le niveau de l'effort produit, donc sa durée et la puissance maximale soutenue (120 Watts au moins pour un homme de poids moyen), idéalement exprimé en MET. Le MET ou équivalent métabolique correspond à la VO_2 de repos soit 3.5 ml/min/kg.

Une baisse suffisante (12 bt/min) au cours de la première minute de récupération doit être observée. Mark a proposé à partir des données de l'épreuve d'effort sur tapis roulant un score de stratification du risque (duke tread mill score, DTS).

• **La scintigraphie myocardique de perfusion (SMP)** recherche une zone d'hypofixation liée à une hypoperfusion par rapport aux territoires voisins. En cas d'hypofixation, on pratique une nouvelle injection de traceur. Si la fixation s'est normalisée, on est en présence d'une ischémie d'effort réversible au repos (Fig 1), dans le cas contraire, on est en présence d'une séquelle de nécrose (Fig 2). Une scintigraphie d'effort normale correspond à un risque d'évènement coronarien grave (décès ou IDM) très faible, inférieur à 0,24% par an pour Machecourt, identique pour l'ensemble des études à la population générale. Une hypofixation qui redistribue engage avant tout le pronostic symptomatique (angor, revascularisa-

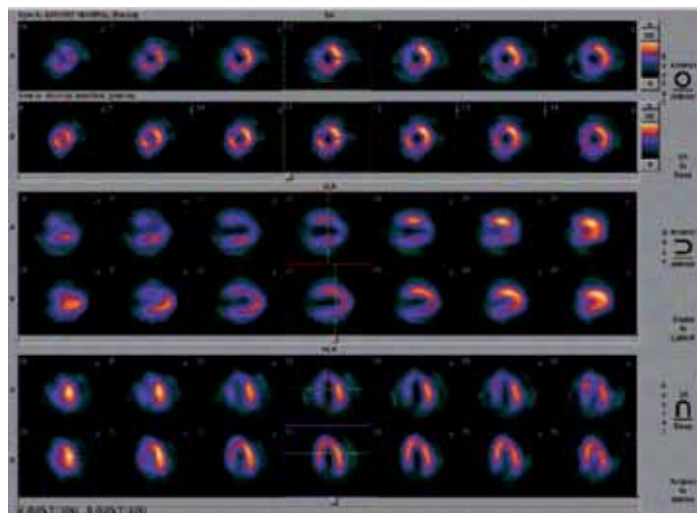


Figure 1 : Ischémie qui redistribue.

tion). Une hypofixation ne redistribuant pas aggrave le pronostic vital si plus de 10% du myocarde est concerné.

Deux facteurs sont de pronostic péjoratif : la dilatation du VG à l'effort et la fixation pulmonaire du traceur.

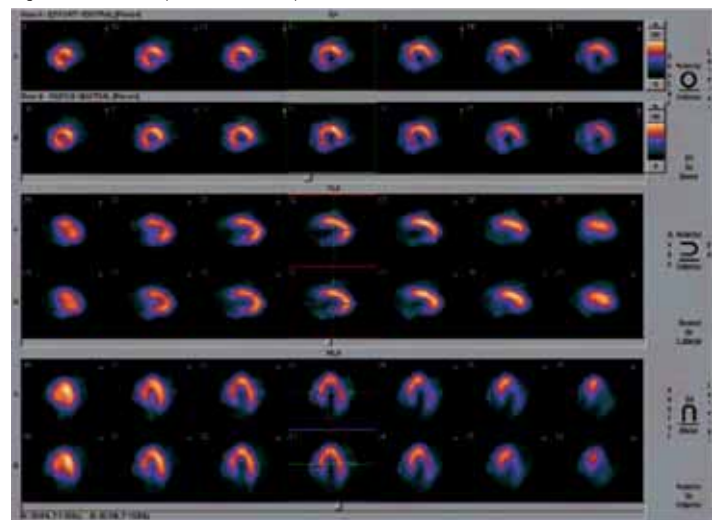
• **L'échographie de stress** : La valeur pronostique de l'échographie de stress dans l'IC stable est voisine de celle de la SMP mais les séries sont plus limitées, l'examen étant plus récent.

QUI EST APTE AUX ACTIVITÉS SP ?

Pour être apte, il faut contrôler les facteurs de risque, ne pas être diabétique, avoir un recul d'un an par rapport au diagnostic ou au dernier évènement coronarien, ne pas avoir de séquelles myocardiques à l'échographie avec FE $\geq 50\%$, pas de signes inquiétant au Holter, pas

de sténose résiduelle $> 30\%$ à la coronarographie, pas d'ischémie résiduelle (EE annuelle, SMP triennale), ne pas avoir 2 AAP associés (ni AVK), ne pas avoir d'autre atteinte significative de la maladie athéromateuse

Figure 2 : Ischémie qui ne redistribue pas.



APTE A QUOI ?

- On élimine la participation aux BAT (binômes d'attaque) en raison des efforts brutaux, intenses, du stress, de la chaleur.
 - On peut autoriser les BAL (binôme d'alimentation) mais en général sur le terrain permutation avec les BAT, échelles pivotantes automatiques, conduite poids lourds et postes d'encadrement.
 - Cas particuliers : le traitement bêtabloquant est une contre-indication à la plongée.
 - On ne permettra pas la participation aux colonnes FDF et aux groupes spéléo et GRIMP en raison du risque d'isolement en cas de problème coronarien.
- Un registre national des coronariens déclarés aptes opérationnels est nécessaire, il permettra d'affiner nos critères de décision et de préciser les postes à autoriser. ■



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

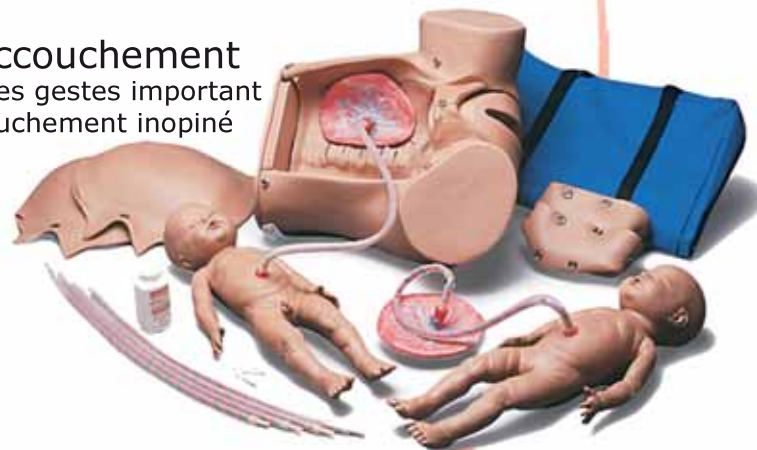
Les réponses et les solutions adaptées à vos exigences

Nouveau référentiel de pédagogie PAE1...



Resusci Anne Simulateur
Simulateur patient autonome

Bassin d'accouchement
Pour apprendre les gestes important
lors d'un accouchement inopiné



**Tête RA de gestion
des voies aériennes**
Tête complète pour la gestion
des voies respiratoires
Mise en place d'une
canule de Guédel

...le matériel performant et adapté
pour l'optimisation de vos formations

www.laerdal.fr

Formations ACLS

STAGE ACLS

Valabre - Ecole de la Sécurité Civile
Les 23 et 24 juin 2007, plus de 20 MSP se sont formés, grâce au soutien éducatif des Laboratoires Boehringer Ingelheim, aux techniques de prise en charge des urgences cardiaques. Bilan et soins primaires. Bilan et soins secondaires. Etat stable ou instable. Tachycardie à complexes fins ou larges. Bradycardie sévère. Tout, leur a été enseigné, avec une pointe d'accent québécois en prime !



Infirmiers d'URGENCE

Une interrogation pour le futur : Faut-il que certains Sapeurs Pompiers se spécialisent et fassent évoluer leur formation jusqu'au niveau « infirmier d'urgence » ? Est-ce le chaînon manquant entre le secouriste et le médecin ?



Sécurité INFORMATION

Il est de notre responsabilité de les informer encore, et encore... En ce mois de juin, un ramasseur de champignon est mort électrocuté par un câble haute tension en contact avec le sol. A ce drame s'en est ajouté un deuxième lorsque un Sapeur Pompier est lui aussi mort électrocuté en voulant secourir la victime. Comme au volant des véhicules partant en intervention (page suivante) l'élan compréhensible à vouloir porter secours au plus vite, doit toujours être pondéré par la réflexion. Nous sommes aussi en droit de nous demander pourquoi EDF ne coupe pas systématiquement le courant sur des câbles ayant un problème.



Le casque et la plume

Le secours à personne aux enchères !

Méd Cpt Denis MARTY - SDIS 24 - courriel : denis.marty7@wanadoo.fr

Pour éviter le coma sanitaire de certaines zones fragilisées le ministère de la santé, sans doute mal informé, a publié le décret qui porte la création des médecins correspondants SAMU.

Ce caudex sur une jambe de bois dicté unilatéralement par une structure aux abois semble ignorer ou même balayer l'implication légitime des sapeurs-pompiers et de leur 3SM dans le secours à personnes. L'OPA est lancée pour tenter de délocaliser leurs possibilités d'interventions dans des délais compatibles avec une réelle efficacité. Les exigences légales et humaines ne nous choquent pas - bien au contraire - mais cette manœuvre tente d'accorder à d'autres, des moyens que l'on refuse parfois au 3SM, qui est capable de rendre au moins le même service et pour un moindre coût. Malgré l'attrait financier, le recrutement de ces médecins ne pourra être puisé dans un effectif déjà clairsemé. Leur action n'aura peut-être pas la même efficacité sans la logistique sur laquelle nous pouvons nous appuyer. Ces gladiateurs du secours pourraient bien périr sans sauver. Nous espérons que l'état finira par rétablir un équilibre plus rationnel en abolissant les inco-

hérences opérationnelles et budgétaires d'une telle organisation. Il faut que le service de santé demeure vigilant pour que, derrière ces soins palliatifs, ne se profile pas son euthanasie. C'est pourquoi la FNSPF a fait du dossier de notre place dans le secours à personne sa priorité. Une grande consultation est lancée pour que nous puissions faire des propositions honnêtes et adaptées. Le temps du monopole ou de la tutelle du secours à personne par un seul service a vécu. Un véritable partenariat entre la santé et l'intérieur doit se concrétiser comme le souhaitent les pouvoirs publics. L'enjeu est de taille car au-delà de l'affaiblissement voire du démantèlement du 3SM, il s'agit aussi de la survie de certains centres de secours au même titre que les postes ou les écoles. Les élus locaux, responsables et compta-

bles des services publics devant la population, pour laquelle cette préoccupation est majeure, doivent en avoir conscience et nous soutenir pour ne pas risquer les conséquences d'une telle réaction en chaîne. Notre engagement, intimement lié à notre sens des responsabilités, qui nous permet de concilier service public et activité privée dans le seul intérêt des victimes, devrait nous permettre de trouver et même d'anticiper les solutions les plus appropriées à cette nouvelle situation. La coopération et l'entente entre tous les intervenants est devenue une nécessité vitale comme l'illustre cette pensée bien connue d'Antoine de Saint Exupéry dans terre des hommes : « la grandeur d'un métier n'est-elle pas, avant tout, d'unir les hommes, il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines ».



Oxymétrie de pouls

C'est petit et ça peut être utile
Le FingerPulse Oximeter ne pèse que 50 grammes. Son écran de lecture est intégré au capteur. Fonctionnant avec deux piles de 1.5V, il a trente heures d'autonomie. Il indique bien sûr la SpO2, et le pouls mais il est doté aussi d'un baregraphe, et peut même afficher l'onde du pouls. Des petites astu-

ces le rendent particulièrement agréable à manipuler : le changement d'orientation des indications sur simple impulsion et l'adaptation de la luminosité à l'ambiance. Son prix est de 210 € HT. Il n'y a donc pas de raison de ne pas le glisser dans sa poche.



Vous en aurez un peu plus :

L'oxymètre de pouls MINDRAY PM50, est lui aussi commercialisé par MEDIAG. Il fonctionne avec quatre batteries de 1.5V. Il bénéficie d'un écran de lecture confortable de 45 x 33 mm d'une jolie teinte bleutée. L'affichage des données est rapide (moins de 4 secondes). Il a pour particularité de stocker les données patients. Un appareil simple, solide, et de bonne facture.

Last but not least son prix n'est que de 300 € HT.

Informations complémentaires :
www.mediag-france.com

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, radicualgies.

Brexin®

piroxicam β -cyclodextrine

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



(1) RCP Brexin® Propriétés pharmacocinétiques

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



Pierre Fabre

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

*(Pour une information complète, consulter le Vidal)

— Une Edition Urgence Pratique Publications —

APPEL A LA VIGILANCE

Faits 1 - Au retour d'une session de formation COD, sur route, un CCF effectue un tonneau. Le sapeur-pompier porte la ceinture de sécurité et est maintenu dans l'habitacle, n'occasionnant que des blessures légères (non écrasé par l'engin lors de son retournement).

2 - En déplacement sur une piste mal reconnue lors d'une intervention, le terrain s'effondre sous les roues avant et arrière d'un CCF. L'engin se retourne avec les personnels à bord, seulement victimes de contusions grâce à l'application de consignes de sécurité.



Constat : Depuis quelques semaines, une recrudescence d'accidents de circulation est observée impliquant des véhicules de service en opération et en formation, notamment des CCF. A l'approche de la saison estivale, cette recrudescence est en lien avec :

- L'effort de formation-préparation opérationnelle spécifique (feu de forêt /végétation);
- L'augmentation progressive de l'activité opérationnelle.

Les accidents ne sont pas inévitables. En effet, grâce à un engagement de chacun, les sapeurs-pompiers n'ont pas connu de décès en service depuis le début de 2007, fait sans précédent depuis 20 ans.

Enseignement : Dans la continuité de vos actions de prévention, nous appelons votre attention sur la nécessité de renforcer votre mobilisation proportionnellement à l'augmentation du risque, lui-même lié à l'intensification des activités.

Le préfet, directeur de la défense et de la sécurité civiles

Henri MASSE



Credit photo : SDIS69



Bleu Blanc Orange à l'aéroport de Saint Exupéry

Thomas Viezzi - ISP volontaire du SDIS 69

Jean-Yves Maritano - Médecin de deuxième classe du SDIS 69

A 15h56, les sapeurs pompiers de l'aéroport de Saint-Exupéry contactent le CTA Lyon pour un accident de travail peu banal : un personnel des services d'entretien est incarcéré dans l'escalator sur lequel il intervenait.

Le bilan d'appel est grave, et promet une prise en charge secouriste et médicale particulière.

La demande de médicalisation arrive conjointement au CTA Lyon et au SAMU 69. Une première vague est envoyée avec : 1 VSAV, 1 FPT, 1 VLR et 1 VSRM. Un ISP « protocole » complète le départ initial après coordination par l'officier santé CTA Lyon.

L'équipe SMUR part de l'Hôpital Edouard Herriot avec un médecin, un infirmier et un ambulancier.

Le bilan de l'équipage du VSAV objective un Glasgow Score à 15, un pouls à 70 bpm, une TA à 70/40 mmHg, La fréquence respiratoire est de 24/min et la SpO2 de 100% sous 15 l/min d'O2 au masque haute concentration.

Le bilan lésionnel fait état d'une victime enfermée au dessus du bassin avec :

- le pelvis ouvert, une anse digestive à nu,
- les organes génitaux à nu,
- le membre inférieur gauche en flexion rotation externe, une lame métallique enfoncée à la face postérieure de la cuisse gauche (les pouls pédieux sont perçus),
- le membre inférieur droit présente une luxation antérieure, une

fracture ouverte du 1/3 supérieur de la diaphyse fémorale et un dégantage complet depuis le bassin jusqu'au 1/3 inférieur de la jambe. Un saignement en nappe est noté,

- le membre supérieur gauche présente une plaie profonde à sa face interne.

A l'arrivée de l'ISP, la victime est pâle. L'hémocue est de 15 g/l. La température tympanique est de 36°C.

L'abord vasculaire et le remplissage sont réalisés par la pose de 2 cath-lons de 14 et 16 gauge et l'apport de Voluven® 500 cc et NaCl à 0,9% 500 cc (protocole de détresse circulatoire de l'adulte du SSSM 69).



Credit photo : SDIS69

A l'arrivée de l'équipe SMUR, l'ISP se met à disposition et participe à la prise en charge du malade jusqu'à la fin de l'intervention.

Le COS en collaboration avec le Médecin SMUR fixe les problématiques :

- stabilisation de l'état de choc hémodynamique,
- sédation avec intubation impossible compte tenu de la position de la victime,
- dégagement évalué long et difficile.

La répartition des tâches est aisée : Les équipes du VSAV et du SMUR renforcées de l'ISP poursuivent la réanimation du choc par macromolécule et NaCl 0,9%. La demande de poches de sang (5 PGR O Rh-) par moyen hélicoptère ainsi que le renfort d'une seconde équipe SMUR sont organisés par le CODIS 69 et le CRRA 15 à 16h25.

La sédation est réalisée par Fentanyl et Kétamine.

Les équipages des VSRM et FPT sont employés au dégagement de la victime qui durera 45 minutes. Il commence par le retrait de la barre de seuil de l'escalator et le démontage de la marche (environ 100 kg). Une sangle textile large est alors mise en place autour de la ceinture pelvienne pour une traction contention et la planche à colonne est glissée sous la victime pour l'extraction.

La sédation est entretenue tout au long de la manoeuvre avec Fentanyl et Kétamine.

La compression est levée à 17h00 et le contrôle de l'hémorragie peut enfin être réalisé par compression directe (accès possible aux membres inférieurs).

A cet instant, le pouls est de 105 bpm, la tension est de

Livre du N°

LES GESTES DE MÉDECINE D'URGENCE SANS MATÉRIEL

2^e édition

Philippe Ecalard

Un ouvrage pratique qui donne des solutions facilement réalisables pour la prise en charge des accidents graves et moins graves. De la piqûre d'hyménoptère aux luxations, des corps étrangers à l'accouchement inopiné, ce livre permet de ne pas se sentir désarmé en proposant chaque fois l'application de techniques simples faisant appel à des ustensiles basiques. Médecins et secouristes l'apprécieront. Il fourmille d'astuces comme le retrait d'une tique sans laisser le rostre en place ou la réduction de la luxation d'un doigt à l'aide d'un crayon. On ne peut que regretter qu'il n'existe pas en format de poche facile à glisser dans un blouson ou un sac à dos.

Editions Arnette

Format : 15 x 21 cm, 224 pages

Prix : 24 euros



148/102 mmHg et la SpO₂ de 100% sous masque haute concentration. L'hémocue est de 10,8 g/l après 4 PGR, 2000cc de Voluven® et 2000 cc de NaCl à 0,9%.

L'induction à séquence rapide en vue de l'intubation débute à 17h20 avec Etomidate® et Célocurine®. Elle sera réalisée alors que la victime est en place dans le matelas coquille, avant son installation dans l'hélicoptère.

L'entretien se fait par Fentanyl 0,5 gamma/Kg/heure au pousse seringue électrique.

A 17h45 Dragon 69 décolle. La TA de la victime est de 123/81 mmHg puis chute à 93/52 mmHg avec aggravation de la tachycardie à 144 bpm. L'hémocue est à 10 g/l. La victime est alors mise sous Noradrénaline 2,5 mg/heure.

A 18h00, La victime est prise en charge en salle de déchoquage à l'hôpital Edouard Herriot dans un état clinique instable.

Une voie veineuse centrale est posée avec poursuite de la transfusion (12 PGR, 12 plasma frais congelé et 3gr de fibrinogène).

La prise en charge opératoire a consisté en une ligature de l'artère fémorale commune gauche, une amputation par désarticulation de la jambe droite, la pose d'un fixa-



teur externe de bassin, la suture des bourses, du ligament supérieur de verge et d'une plaie antérieure de vessie. Enfin, une colostomie est réalisée.

ENSEIGNEMENTS :

➤ Protocoles médicaux infirmiers entrant parfaitement dans le cadre de prise en charge initiale de la victime

➤ Bonne anticipation des moyens médicaux, avec une demande rapide d'une 2nde équipe SMUR et acheminement de poches de transfusion.

➤ Collaboration étroite entre équipage SMUR et infirmier sa-

teur pompier ayant permis une médicalisation de qualité.

➤ L'hélicoptère est dans ce cas un atout dans l'acheminement des équipages, du matériel, des poches de sang mais aussi et surtout pour l'évacuation de la victime, faisant abstraction des embouteillages.

➤ Une prise en charge initiale et une demande précise (par anticipation) de moyens SMUR et SDIS par les pompiers de l'aéroport.

➤ Les conditions climatiques et la facilité de trouver une DZ sont également des atouts considérables pour le bon déroulement de cette intervention.

Votre bilan d'aptitude en temps réel...



SPOTCHEM EZ : Analyseur automatique de biochimie

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

AUTION MICRO : Lecteur portable d'analyse urinaire

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



A.MENARINI
diagnostics

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

Boutique du 3SM



CARNET D'INTERVENTION Edition 2006

On ne présente plus notre célèbre carnet d'intervention. Aussi indispensable que votre fidèle stéthoscope, parions que vous ne pourrez, rapidement, plus vous en passer.
Prix : 22 € (port compris)



POCKET MASK

Masque de Poche, valve unidirectionnelle, filtre, pochette désinfectante, paire de gants à usage unique.
Prix : 22 €
 L'unité (port inclus)



CASQUETTE « SERVICE DE SANTÉ SAPEUR POMPIER »

100% coton - Taille unique (réglable par velcro®)
 Disponible en Bleu ou Rouge
Prix : 10,00 €
 L'unité (port inclus)

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

Urgence Pratique Publications
 BP26 - 34190 Ganges

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

4 parutions par an - Juin 2007

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

DIRECTEUR de la PUBLICATION
 Médecin Colonel Jean-Claude DESLANDES

REDACTEUR EN CHEF
 Médecin Commandant Eric TORRES

CONCEPTION GRAPHIQUE
 Georges BOUSQUET

ABONNEMENTS
 Sabine SERRES

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

Dans la trousse du MSP

Cordarone® Amiodarone

PROPRIÉTÉS

Antiarythmique (classe I et II). Dromotrope, inotrope et chronotrope négatifs. Alpha et bêtabloquant non compétitif. Vasodilatateur coronarien et périphérique.

INDICATIONS, POSOLOGIE

TDR mal supportés. 1 à 2 amp. Au PSE sur 20 à 30 min (5 mg/kg).

Recommandations 2005 :

- Dans les tachycardies avec pouls - QRS fins irréguliers : 300 mg IV en 30 min / QRS larges réguliers et irréguliers : 300 mg IV en 30 min
- Dans les TV / FV : 300 mg en bolus après le 3^{ème} CEE.

CONTRE-INDICATIONS

Bradycardie sinusale. Troubles de la conduction (bloc



EFFETS SECONDAIRES

Bradycardie, hypotension artérielle voire bas débit cardiaque. Thrombose des veines périphériques utilisées. Dysthyroïdies.

PRÉSENTATION

Ampoule de 150 mg /3 ml.

CINÉTIQUE

Délai d'action : 5 à 15 minutes.
 Durée d'effet : 1 à 3 heures.

sino-auriculaire, BAV du 2^{ème} ou 3^{ème} degré). Grossesse, antécédents de perturbations thyroïdiennes. Traitement par autres antiarythmiques, médicaments hypokaliémisants.

DÉTAILS À CONNAÎTRE

A ne diluer que dans du Sérum glucosé. Injection au mieux sur un cathéter central, jamais en I.V.D. Risque de torsades de pointe avec certains antiarythmiques, ou en cas d'hypokaliémie.

Bientôt DISPONIBLE

CORPULS 3

Il arrive en France ! Evolution du Corpuls 08/16 qui a assis sa réputation sur sa solidité et sa fiabilité, le Corpuls 3 fait entrer le monitoring dans une ère nouvelle : il fonctionne à distance du patient ! Doté d'un écran panoramique, il facilite la surveillance multiparamétrique. Conçu autour de la télétransmission de ses données, il vous permet de rester en contact avec les services receveurs.

Essai complet dans le prochain numéro. Vous pourrez aussi l'admirer à Gruissan lors de nos Journées Scientifiques.

Informations : www.weinmann.de



PUBLICATIONS URGENCE PRATIQUE

OFFRE DE BIENVENUE

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



3SM Mag VOTRE MAGAZINE

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

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

URGENCE PRATIQUE

BULLETIN D'ABONNEMENT A TARIF PRÉFÉRENTIEL

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

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

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

Abonnement	6 numéros 1 an	12 numéros 2 ans
Individuel France	65,00 € au lieu de 80,00 € +Cadeau	110 € au lieu de 137,00 € +Cadeau

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

Date d'expiration : _____ Signature : _____

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

(1) frais et commissions à la charge du donneur d'ordre.

MICARDIS® : 24 h de puissance antihypertensive⁽¹⁾

PUISSANCE
24 HEURES



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

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

Dénomination et forme pharmaceutique* : Micardis® 20 mg comprimés. Micardis® 40 mg comprimés. Micardis® 80 mg comprimés. Composition* : comprimés dosés à 20, 40 ou 80 mg de telmisartan. Excipients qsp un comprimé. Indications thérapeutiques : Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. Posologie et mode d'administration* : Adultes : La dose habituellement efficace est de 40 mg par jour en une prise. Chez certains patients, une posologie quotidienne de 20 mg peut être suffisante. Dans les cas où la pression artérielle n'est pas contrôlée à la posologie usuelle, la dose de telmisartan peut être augmentée jusqu'à une dose maximale de 80 mg en une prise par jour. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale légère à modérée ou chez le sujet âgé. L'expérience est limitée chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère ou chez les patients hémodialysés. Chez ces patients, une dose initiale plus faible de 20 mg est recommandée. En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, la posologie quotidienne ne doit pas excéder 40 mg en une prise par jour. L'efficacité et la sécurité d'emploi de Micardis® n'ont pas été établies chez les sujets de moins de 18 ans. Contre-indications* : Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Deuxième et troisième trimestres de la grossesse et allaitement. Obstruction biliaire. Insuffisance hépatique sévère. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi*. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction*. Grossesse et allaitement*. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*. Surdosage*. Propriétés pharmacodynamiques* : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II. Propriétés pharmacocinétiques*. Données de sécurité précliniques*. Liste I - Médicament soumis à prescription médicale. Micardis 20 mg, comprimés : EU/1/98/090/010 (28 comprimés) - CIP 352 636.9, Non Remboursé SS, Micardis 40 mg, comprimés : EU/1/98/090/002 (28 comprimés) - CIP 349 582.9 - Prix : 20,72 € - CTJ : 0,74 €J, remboursé SS 65% - Agréé coll, EU/1/98/090/013 (28 x 1 comprimé) - CIP 358 464.5 - Agréé coll, Micardis 80 mg, comprimés : EU/1/98/090/006 (28 comprimés) - CIP 349 583.5 - Prix : 25,11 € - CTJ : 0,90 €J, remboursé SS 65% - Agréé coll, EU/1/98/090/014 (28 x 1 comprimé) - CIP 358 465.1 - Agréé coll. - Date de mise à jour du texte : 03/10/2006. Titulaire : Boehringer Ingelheim International GmbH (Allemagne). Représentant local : Boehringer Ingelheim France, 37-39 rue Boissière, 75116 Paris. Information médicale : 03 26 50 45 33. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal. Dénomination et forme pharmaceutique* : MicardisPlus® 40/12,5 mg comprimés. MicardisPlus® 80/12,5 mg comprimés. Composition* : comprimés dosés à 40 mg de telmisartan et 12,5 mg d'hydrochlorothiazide. Excipients dont sorbitol qsp un comprimé. Indications thérapeutiques : Traitement de l'hypertension artérielle essentielle. L'association à doses fixes MicardisPlus® (telmisartan 40 ou 80 mg/ hydrochlorothiazide 12,5 mg) est indiquée chez les patients dont la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée par le telmisartan en monothérapie. 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 : 03/10/2006. Titulaire : Boehringer Ingelheim International GmbH. Binger (Allemagne). Représentant local : Boehringer Ingelheim France, 37-39 rue Boissière, 75116 Paris. Information médicale : 03 26 50 45 33. *Pour une information complète, consulter le dictionnaire Vidal.