

SAPEURS ■ POMPIERS

DE FRANCE



HORS-SÉRIE SECOURS SANTÉ 2015





Le génie et l'audace, une aventure humaine

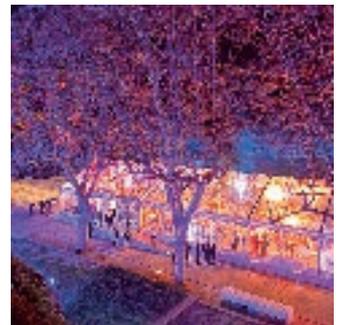
Donnez du sens à votre événement d'entreprise

Séminaire

Congrès

Journée
d'étude

Événement
d'entreprise



site du
PONT
DU GARD



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture



Pont du Gard
inscrit sur la Liste
du patrimoine mondial
en 1985



GRAND SITE
DE FRANCE



la Région
Languedoc
Roussillon
Sud
de
France



LE GARD
CONSEIL GENERAL

AVEC LE SOUTIEN DE :

Site du Pont du Gard - www.pontdugard.fr - reservation@pontdugard.fr - 04 66 37 51 10



12

20

30

38

42

48

SOMMAIRE

Secours Santé 2015
Journal de la Sécurité Civile et de la Protection Civile
SAPEURS POMPIERS
 DE FRANCE

AVRIL 2015

- 4 Programme scientifique**
- 6 Éditos**
- 10 Posters**
- 11 Ateliers**
- 12 Les traumatisés sévères**
- 20 Conférences métiers**
- 30 Opérations extérieures et Coopération interservices**
- 38 Les grands rassemblements**
- 42 Session éthique**
- 48 Session des psychologiques**
- 53 Communications orales**
- 57 Plan de l'exposition**

Du 22 au 24 avril 2015
 au Pont du Gard (30)

MERCREDI 22 AVRIL 2015

LES TRAUMATISÉS SÉVÈRES

Modérateurs : Pr J. E. DE LA COUSSAYE (CHU Nîmes)
 Dr F. TRABOLD (Sdis 68)

13 h 30 **Probabilités de lésion des blessés de la route en regard de l'état des véhicules accidentés**

Mme C. PETIT BOULANGER (RENAULT)

14 h 00* **Service de santé des armées : expérience acquise en traumatologie lors d'opérations extérieures**

A. PUIDUPIN, N. CAZES, M. PUIDUPIN, J. Y. MARTINEZ

14 h 30* **Intérêt de l'échographie préhospitalière dans la prise en charge des traumatisés graves**

Dr X. BOBBIA (CHU Nîmes)

15 h 00 **Qui stabiliser sur place et qui transporter rapidement ?**
 Pr J. P. TOURTIER (BSPP)

15 h 30 **Pause et visite des stands**

Modérateurs : Pr J. E. DE LA COUSSAYE (CHU Nîmes)
 Dr P. TUR (Sdis 34)

16 h 00 **Trauma thoracique : évacuation des plèvres**

Pr MICHELET (AP-HM)

16 h 30* **Le traumatisé sévère brûlé : prise en charge initiale**

Dr B. PRUNET (Sdis 30 / SSA)

17 h 00 **Traumatisés sévères hypotendus** Dr L. MULLER (CHU Nîmes)

17 h 30* **Les blessures en taumachie**
 Dr J. Y. BAUCHU (Sdis 30 / Escrim).

JEUDI 23 AVRIL 2015

CONFÉRENCES MÉTIERS

8 h 30 à 10 h 30

■ Conférences médecins (espace Pitot)

Coordinateur : Dr J. BLANCHARD (Sdis 30)

• ***Risque zoonotique : la dominante du risque biologique naturel pour l'homme** : Pr D. GRANDJEAN (BSPP / ENVA)

• ***Mission Ebola de l'UIISC 7 en Guinée : retour d'expérience**

Dr X. ATTRAIT (UIISC 7), P.-O. MILOCHE, R. MIGLIANI

• ***Que savent les internes en médecine générale de la médecine sapeur-pompier ?** Dr. J. SCHMITT, Dr F. TRABOLD, S. FERBER

• ***SEMSP et la santé en service : état des recherches en cours**
 Dr T. DULION (Sdis 31)

• ***Prévention des conduites addictives, expérience du Sdis 56**

Dr P. PIVERT (Sdis 56)

• **Point refonte filière et REAC FNSPF**

■ Conférences pharmaciens (salle Pitot 1)

Coordinateur : Dr T. LACOMBE (Sdis 31)

• **DES de pharmacie hospitalière et besoins de formation pour devenir pharmacien de sapeurs-pompiers**

• **Point d'étape sur le REAC**

• **Démarche qualité SSSM : manuel d'autoévaluation des pharmacies de Sdis**

• **Pistes de synergies supra-Sdis pour les pharmaciens SP : volets achats ; compétences ; structure et moyens**

• **DPC**

• **Statutaire**

■ Conférences infirmiers (chapiteau)

Coordinateur : M. P. RIBELLES (Sdis 30)

• **Les soins de premiers secours** M. T. GRAS (Sdis 11)

• ***Intérêt de l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'exercice de l'activité d'infirmier sapeur-pompier** M. T. LEFEBURE (Sdis 30)

• **Actualités autour de la refonte de la filière** M. P. SECONDI (Sdis 69)

■ Conférences vétérinaires (salle Pitot 2)

Coordinateur : Dr O. RIFFARD (Sdis 69)

• **REAC**

• **Pharmacie vétérinaire**

• **Télé-anesthésie (protocoles)**

• **Délégation de soins en situation de catastrophe**

• **L'alimentation du chien en situations stressantes**

• **Rapport bénéfique / coût du VSP**

• **Assemblée générale de l'Association nationale des vétérinaires SP**

10 h 30 **Pause et visite des stands**

Actualités 11 h 00

• **Secours d'urgence aux personnes**

• **Point de situation refonte de la filière SSSM**

12 h 30 **Pause repas.**

ATELIERS (JEUDI ET VENDREDI)

- Initiation à l'échographie
- Envenimations et nouveaux animaux de compagnie
- Accouchement inopiné
- Prise en charge des hémorragies sévères
- Intérêt et limite de la téléanesthésie
- Visites guidées Escrim
- Utilisation des chiens de recherche dans les inondations

- Simulateur de treuillage
- PHTLS : découverte et initiation à l'ABCDE
- Triage psychologique
- Mort violente
- Gaz sous pression : que faire en cas de doute sur une bouteille accidentée ?
- Présentation des kits fiches de tri CSISC Tanit.

Inscriptions sur place

* Voir texte dans ce hors-série.

OPÉRATIONS EXTÉRIEURES

Modérateurs : Dr F. PEDUZZI (BSPP) / Dr D. GAUJOUX (Sdis 30)

- 14 h 00* **Trente ans d'Escrim**
Dr T. PRUNET et Dr M. ORCEL (Escrim)
- 14 h 30 **CRUSH – dialyse, mise en place d'une dialyse en Opex**
M. D. BORNICHE (CNOI)
- 15 h 00* **Position du vétérinaire de sécurité civile en situation d'exception: de la prévention au secours** Dr M. MERSCH (Sdis 95)
- 15 h 30 **Pause et visite des stands**

Modérateurs : Dr M. ORCEL (Escrim) / Dr T. LACOMBE (Sdis 31)

- 16 h 00* **Recrutement des intervenants en mission humanitaire**
M. S. GOJJARD (AEPSP)
- 16 h 20* **Hygiène alimentaire en Opex**
Dr P. PIVERT, Dr N. DIRN (Sdis 60)
- 16 h 35 **Prévention vaccination, chimio prophylaxie: BMPM**

COOPÉRATION INTERSERVICES

Modérateur : Dr G. SIKSIK (Sdis 31)

- 17 h 00 **La coopération entre les sapeurs-pompiers et les services de police lors des événements du mois de janvier 2015**
Pr D. SAFRAN (responsable groupe médical d'intervention de la BRI-brigade anticommando, DRPJ Paris)
- 17 h 30* **Prise en charge des victimes contaminées : vers la validation de guides de bonnes pratiques interservices**
Dr D. JOSSE (Sdis 06), G. BARRIER, L. LACHENAUD, J. FULACHIER, M. AUDIER, N. RABOUIN, J.-M. RODITIS, M. BEBENGUT, T. D'ISSERNIO, P. CHAPPELLE, J.-P. MONET.

8 h 30 COMMUNICATIONS LIBRES

Modérateur : Dr L. DROIN (Sdis 69)

- 10 h 00 **Pause et visite des stands**

LES GRANDS RASSEMBLEMENTS VUS PAR CHACUN DES ACTEURS

Modérateur : Dr S. DONNADIEU

- 10 h 30 **Par l'organisateur :** M. E. CASSIGNOL (ASO)
Dr P. BASSET (DOKEVER)
- 10 h 50 **Par une association agréée (Croix-Rouge française) :**
Pr J. J. ELEDJAM (président CRF)
- 11 h 10 **Par un DDSIS :** Lt-col L. CHABERT (Sdis 69)
- 11 h 30 **Par le ministère de l'Intérieur :** Mme BORDES-BAILLE
Lt-col P. BLANC (DGSCGC)
- 11 h 50 **Par les forces de l'ordre :** préfecture de police de Paris
- 12 h 30 **Pause repas**

SESSION ÉTHIQUE

Modérateurs : Pr D. SAFRAN (SEMSP) / Dr J. M. WHOEL (Sdis 68)

- 14 h 00* **L'éthique humanitaire du SSSM**
Dr G. L. COMPERE (Sdis 30)
- 14 h 30* **Réanimation des arrêts cardiorespiratoires en présence de la famille**
Dr P. HERTGEN (Sdis 59, FNSPF)
- 15 h 00* **L'annonce des décès inattendus : le travail du SSSM et celui des sapeurs-pompiers**
Mme L. AUVERT (Sdis 33)
- 15 h 30* **Services d'urgence et fin de vie, interaction de la famille**
Dr FERROUD-PLATTET (CHU Nîmes) / Dr BENOÎT (Sdis 34).

SESSION PATS SSSM (8H30 À 16H00)

Coordinateurs : A. M. GAUTHERON / I. PERROUX (Sdis 01)

- **Addictions, alcool, produits dopants cannabis / sport : dépistages et protocoles existants**
 - **AES: procédures et suivi** Dr SIVERA (Sdis 30)
 - **Risques psychosociaux, intervention d'un psychologue**
 - **Plan Novi, participation des secrétaires et organisation**
 - **Retex sur la formation des secrétaires**
- 14 h 00 Échange sur la mise en place d'un réseau de secrétariat SSSM.

SESSION PSYCHOLOGUES (8H30 À 12H30)

Coordinateur : M. S. GOJJARD

- ***Triage psychologique: le bilan flash** S. GOJJARD (psychologue), M. LOOCK (étudiante Lille III), S. BOIS, H. HAMMER, A. PEILLON, H. POLICAR, (étudiantes université catholique de Lyon)
- ***Doctrine française du soutien psychologique aux sapeurs-pompiers**
Mme V. VERLINE (Sdis 42)
- ***Le syndrome de stress post-traumatique dans le DSM 5: nouveauté et perspective** M. E. DE SOIR (Belgique)
- **REAC et REF psychologue sapeurs-pompiers :** Mme L. AUVERT (Sdis 33).

16 HEURES : CLÔTURE DES JOURNÉES SCIENTIFIQUES



Se battre pour la vie !



Nicolas Tanguy

Par le colonel **Éric Faure**,
président de la FNSPF



Nicolas Tanguy

et le médecin colonel **Patrick Hertgen**,
médecin-chef du Sdis 59 et membre du CE de la FNSPF

Les Éditos

Le Gard et son service départemental d'incendie et de secours (Sdis) sont particulièrement heureux d'accueillir, sur le site prestigieux et symbolique du Pont du Gard, les 6^e Journées Secours Santé.

Le Sdis du Gard partage en fait l'histoire même des services de santé et de secours médicaux en France. Sous l'impulsion de personnalités marquantes telles que Thierry Prunet, Michel Orcel, Jean-Claude Deslandes et bien d'autres, le département du Gard a compris très tôt l'importance de se doter d'un SSSM structuré et performant.

En juillet 2013, la consécration de l'Escrim (Élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale) en tant qu'hôpital français de sécurité civile par Manuel Valls, alors ministre de l'Intérieur, est le plus bel exemple de l'attachement du Gard au renforcement des SSSM.

En 2014, le Sdis du Gard a également réussi, grâce au soutien déterminé de Didier Martin, préfet, et de Mme Aoustin, directrice de l'ARS, à signer un ensemble de conventions

Les enjeux liés à la santé, dans le champ opérationnel comme dans les fonctions de soutien, sont nombreux dans les services d'incendie et de secours. Notre service de santé et de secours médical (SSSM) – qui regroupe 12 000 sapeurs-pompiers et Pats – permet d'y répondre avec efficacité, apportant l'expertise et les ressources nécessaires. Son activité représente en effet plus de 200 000 interventions médicalisées et paramédicalisées, 2 000 concernant du secours animalier, 215 000 visites médicales, sans oublier les opérations de soutien sanitaire et psychologique, la gestion des pharmacies à usage intérieur, l'expertise en toxicologie, les opérations à l'étranger, les missions de conseil et d'expertise dans la prévision, ainsi que la gestion des crises.

Pour conserver un tel niveau opérationnel, notre SSSM a besoin d'entretenir ses connaissances scientifiques et opérationnelles en permanence et d'échanger avec ses

avec nos partenaires et collègues du CHU de Nîmes.

Ces partenariats confortent le service public et mutualisent les moyens de gestion et d'intervention pour apporter une meilleure réponse dans les domaines de l'urgence médicale et, plus largement, dans celui du secours d'urgence aux personnes.

Le professeur Jean-Emmanuel de la Coussaye, artisan permanent de ces conventions, préside d'ailleurs le comité scientifique de ce congrès. Nous en sommes évidemment très fiers.

Le thème choisi pour ces 6^e Journées Secours Santé, la médecine de catastrophe, revêt une résonance particulière dans le département du Gard. Au-delà de l'Escrim et de ses missions à travers le monde lors de catastrophes climatiques et humanitaires, les sapeurs-pompiers gardois ont dû, à maintes reprises, faire face à des événements opérationnels exceptionnels : inondations répétées, feux de forêt...

Le département, dans son ensemble, s'enorgueillit de leur professionnalisme et de leur esprit de solidarité lorsqu'ils

confrères et partenaires du secours, tant français qu'étrangers. Créées par la FNSPF, les Journées Secours Santé y concourent avec succès depuis des années, mêlant ateliers pratiques et conférences scientifiques et médicales. Cette sixième édition, mise en musique par nos collègues gardois, s'annonce d'ores et déjà exceptionnelle. Ne serait-ce que par son site d'accueil: le Pont du Gard, classé au patrimoine mondial de l'humanité, témoin de la capacité de l'homme à relever tous les défis. En hommage à ce lieu, le comité scientifique a choisi un fil rouge d'envergure: « Les secours en situation d'exception », faisant la part belle aux retours d'expériences sur la gestion des grands rassemblements et celle des traumatisés sévères. Ces Journées seront aussi l'occasion de faire le point sur la feuille de route Intérieur-Santé sur le secours d'urgence aux personnes et l'aide médicale urgente. Sa déclinaison, sous la forme d'une instruction interministérielle, est le fruit des

discussions menées depuis septembre dernier avec les représentants nationaux de nos collègues urgentistes hospitaliers. Elle lève les crispations rencontrées ces derniers temps et établit une coordination pragmatique et concertée entre les Sdis et les Samu, dans la droite ligne du Référentiel commun de 2008.

Alors, pour découvrir en détail ces actualités tant thérapeutiques et opérationnelles que statutaires, ainsi que pour échanger sur les pratiques et rencontrer nos collègues de l'urgence, bienvenue à Secours Santé ! ■

Sous le signe de la solidarité

interviennent en renfort sur le territorial national ou encore à l'étranger.

Cette idée de solidarité, nous la retrouvons aujourd'hui à travers tous les partenaires, institutionnels et privés, qui nous ont aidés à mener à bien l'organisation des 6^e Journées scientifiques européennes du service médical.

Il nous revient l'honneur de remercier la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France et son président, Éric Faure; l'établissement public du Pont du Gard; le conseil départemental du Gard et son président, Denis Bouad; le président du conseil régional, Damien Alary; le lieutenant Piette, président de l'union départementale des sapeurs-pompiers; SUD de France et bien d'autres.

Le site du Pont du Gard, qui fête en 2015 le 30^e anniversaire de son inscription au patrimoine mondial de l'Unesco, sera, nous en sommes persuadés, la vitrine parfaite de ce congrès. ■



DR

Par le colonel Christian Simonet,
directeur du service départemental d'incendie et de secours du Gard



DR

et le docteur Alexandre Pissas,
président du conseil d'administration du Sdis du Gard

Un programme de qualité



DR

Par le lieutenant Alex Piette,
président de l'union départementale des sapeurs-pompiers du Gard



DR

et le médecin colonel
Jean Blanchard,
président du comité d'organisation

C'est un honneur et un plaisir de vous recevoir sur le site du Pont du Gard pour ces Journées scientifiques Secours Santé 2015.

Le comité scientifique, que le professeur Jean-Emmanuel de la Coussaye nous a fait l'honneur de présider, vous propose un programme de qualité, que ce soit au travers des thèmes retenus lors des conférences et ateliers ou par le choix des conférenciers, venus de tous horizons.

Le comité d'organisation s'est investi durant de longs mois pour vous permettre de venir vous former, d'échanger et de découvrir les nouvelles techniques et les dernières avancées, dans les meilleures conditions possible, sur ce magnifique site historique que vous pourrez découvrir sous toutes ses facettes.

L'histoire de la maladie ou des blessures ne s'arrête pas à la porte de l'hôpital. Elle n'y fait que débiter, jusqu'à la rééducation et la sortie définitive de la victime des structures de santé. Et pourtant, ce commencement conditionne pour une grande part l'avenir de ces malades et blessés ; il en va ainsi pour l'accident vasculaire cérébral précoce, le syndrome coronarien aigu, les blessés graves... , mais aussi pour des pathologies moins « démonstratives », dont la qualité de la prise en charge et de l'orientation initiales est essentielle. C'est une chaîne dont chaque maillon va conditionner les suites, la politique de qualité étant devenue une préoccupation majeure qui doit nous réunir.

Les thématiques proposées aux Journées Secours Santé 2015, comme les traumatismes sévères et les situations d'exception, intérieures ou extérieures, sont autant de sujets qui nous

préoccupent et nous rapprochent dans les problématiques du sauvetage, des secours et des soins médicaux. Ainsi la complémentarité de nos services – mais également la complicité – est indispensable.

Le travail commun de composition du programme de ces Journées est le reflet d'une nouvelle dynamique départementale entre le Sdis et le Samu pour mettre en place cette politique de complémentarité et de mutualisation, sans domination d'un service vis-à-vis de l'autre, mais dans le respect des missions de chacun... Nous avons une volonté commune de participer, côte à côte, à cette mission de service public, en synergie ; synergie de prise en charge médicale, bien sûr, mais également d'organisation et de couverture de notre département, notamment dans le cadre des « 30 minutes ». Apporter le juste soin aux malades et victimes, tel est notre objectif !

Nous souhaitons à cette occasion remercier tous les membres des comités scientifiques et d'organisation, ainsi que tous les bénévoles, sapeurs-pompiers, Pats, SSSM et Anciens qui ont œuvré pour que ces Journées soient une réussite. Un grand merci également à toutes les équipes du Pont du Gard et à leur directeur qui nous accueillent aujourd'hui et qui ont tout mis en œuvre pour que ces Journées se déroulent au mieux. Nous avons également une pensée pour le lieutenant Guy Chapuy, pilier du comité d'organisation, malheureusement disparu il y a quelques jours et à qui nous dédions ces Journées. ■

Travailler mieux ensemble pour le bien de tous

La nécessité de se former sur des pratiques partagées, reconnues et validées par les sociétés savantes, est une évidence, chacun ayant besoin d'apprendre de l'autre. Formons-nous ensemble, car les causes des conflits sont souvent fondées sur l'ignorance, génératrice d'intolérance. Cette démarche, qui repose sur la sagesse du bon sens, nous donnera plus de force pour atteindre nos objectifs communs, fondés sur l'amélioration constante des prises en charge de nos patients.

Merci à Jean Blanchard de m'avoir proposé la présidence du comité scientifique et bravo pour la qualité de la préparation et de l'organisation.

Bon congrès! ■



Par le professeur

Jean-Emmanuel de la Coussaye,

président des Journées, président de la CME du CHU de Nîmes,
chef du service des urgences – Samu du Gard

POSTERS

- **Mise en place d'un outil d'envoi du « Dragon 69 » au CTA/Codis**
☞ J. FOUQUES, L. DROIN
- **Scaphandrier autonome léger, le risque sous-estimé ?**
☞ S. ABRARD
- **Le jeu du Jars « Exemple de formation continue en santé et aptitude »**
☞ P. PIVERT
- **Quels acteurs de secours lors de la médicalisation d'événements sportifs « outdoor » ?**
☞ P. BASSET, B. BASSET
- **Analyse rétrospective de la conformité des pratiques infirmières en aptitude médicale**
☞ G. HAMELIN, T. LOUISE, A. COMPTE, P. Y. LE HOUSSEL
- **Historique des techniques de réanimation cardio-respiratoire**
☞ T. LOUISE, G. HAMELIN
- **Jeu de rôles et figurines : un enseignement original et ludique des risques collectifs**
☞ F. GACHET, C. DAMM, F. FILLATRE, B. DUREUIL
- **Groupement de commande des Sdis de la zone de défense Sud**
☞ R. STEVE, A-D. LHOMMEAU, M. CRAHES, J. JEGADO
- **Synergie et psychologie à bord d'un hélicoptère de secours en milieu périlleux**
☞ S. LANTELME, D. BERNARD
- **Évaluation des pratiques professionnelles des infirmiers sapeurs-pompiers : exemple au Sdis 06**
☞ L. MARIGNANI
- **Valorisation du volontariat des personnels de santé dans les territoires isolés des Alpes-Maritimes**
☞ V. ALAUX-DHENIN, J. M. HELMER
- **Secours en mer hélicoptéré : activité en mer de la base de Lorient de la sécurité civile**
☞ D. MOCQUOT
- **L'infirmier sapeur-pompier : protocolé pour les soins urgents à 30 minutes**
☞ M. A. NERI, F. LEDUFF, E. LENZIANI, S. BERGZOLL
- **Gestion d'événements majeurs en zones rurales et touristiques : retour d'expérience**
☞ H. BALLE
- **Surveillance professionnelle des formateurs aux caissons à feu**
☞ A. SAINT, B. DOMANGE, J. L. BARRA, P. AGOPIAN
- **Les apports d'une démarche qualité à la pharmacie à usage intérieur du Sdis 13**
☞ M. FANCIULLOTTI, A. TALPAIN, P. AGOPIAN, A. SAINT

Retrouvez l'essentiel des Journées scientifiques sur
www.pompiers.fr : communications orales, abstracts...



Suivez en direct l'événement
sur Twitter et Facebook :



www.facebook.com/pompiers.france



[@pompiersfr](https://twitter.com/pompiersfr)



ATELIERS EN CONTINU

Inscriptions sur place

Jeudi 23 avril 2015

8 h 30 - 9 h 00			Accouchement		Escrime tour		
9 h 00 - 9 h 30			Accouchement	Hémorragies			
9 h 30 - 10 h 00			Accouchement	Hémorragies	Escrime tour		
10 h 00 - 10 h 30			Accouchement				
10 h 30 - 11 h 00			Accouchement		Escrime tour		
11 h 00 - 11 h 30	Échographie		Accouchement	Hémorragies			
11 h 30 - 12 h 00	Envenimations	Accouchement	Hémorragies	Escrime tour			
12 h 00 - 12 h 30							
13 h 30 - 14 h 00					Escrime tour	Triage psychologique	
14 h 00 - 14 h 30	Échographie	Envenimations	Accouchement	Hémorragies			PHTLS
14 h 30 - 15 h 00	Échographie	Envenimations	Accouchement	Hémorragies	Escrime tour	Mort violente	
15 h 00 - 15 h 30							
15 h 30 - 16 h 00					Escrime tour		
16 h 00 - 16 h 30	Échographie	Envenimations	Accouchement	Hémorragies			
16 h 30 - 17 h 00	Échographie	Envenimations	Accouchement	Hémorragies	Escrime tour		
17 h 00 - 17 h 30							

Vendredi 24 avril 2015

8 h 30 - 9 h 00		Triage psychologique			Escrime tour		
9 h 00 - 9 h 30		Triage psychologique					
9 h 30 - 10 h 00		Mort violente	Gaz sous pression : que faire en cas de doute sur une bouteille accidentée ?		Escrime tour		
10 h 00 - 10 h 30		Mort violente	Gaz sous pression : que faire en cas de doute sur une bouteille accidentée ?		Escrime tour		
10 h 30 - 11 h 00	Échographie			PHTLS	Escrime tour		
11 h 00 - 11 h 30							
11 h 30 - 12 h 00					Escrime tour		
12 h 00 - 12 h 30							

Jeudi 23 avril 2015 (sans inscription)

Vendredi 24 avril 2015 (sans inscription)

9 h 00 - 9 h 30							
9 h 30 - 10 h 00							
10 h 30 - 11 h 00	Simulateur hélitreuillage				Simulateur hélitreuillage	Télé-anesthésie	
11 h 00 - 11 h 30							
11 h 30 - 12 h 00							
12 h 00 - 12 h 30							
13 h 30 - 14 h 00		Chiens et inondations					
14 h 00 - 14 h 30							
14 h 30 - 15 h 00	Simulateur hélitreuillage	Chiens et inondations					
15 h 00 - 15 h 30							
15 h 30 - 16 h 00		Chiens et inondations	Télé-anesthésie				
16 h 00 - 16 h 30	Simulateur hélitreuillage						
16 h 30 - 17 h 00	Simulateur hélitreuillage	Chiens et inondations					
17 h 00 - 17 h 30							





Les traumatisés sévères

Service de santé des armées : expérience acquise en traumatologie lors d'opérations extérieures

Auteurs et orateurs : A. PUIDUPIN* ; N. CAZES** ; M. PUIDUPIN *** ; J. Y. MARTINEZ***

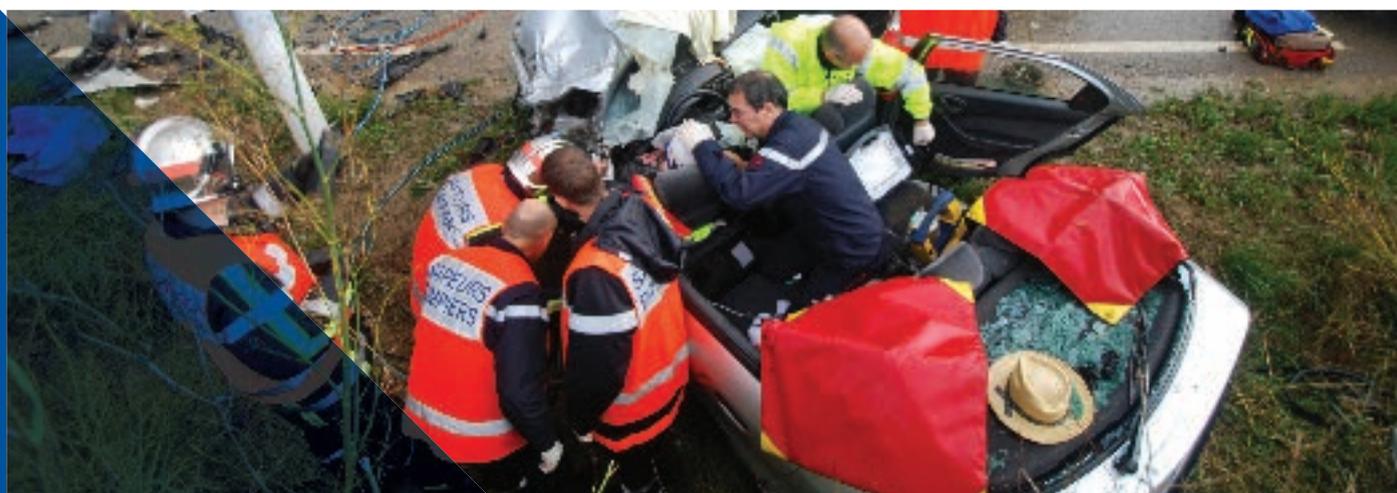
Le temps des guerres entre États avec un relatif équilibre des forces (conflits dits « symétriques ») semble aujourd'hui révolu. Les nouveaux types d'engagements armés sont désormais des conflits dissymétriques et asymétriques, marqués par une absence de ligne de front, un mode de combat avec des agressions ciblées où les insurgés ont souvent l'initiative, avec la multiplication des attaques-suicides... Les engagements en Afghanistan et en Afrique sahélo-saharienne ont profondément fait évoluer les techniques et la tactique de prise en charge mises en œuvre par le Service de santé des armées (SSA) au profit des blessés.

Les engagements partagés avec nos alliés américains en Afghanistan ont permis de tirer les leçons du champ de bataille sur le plan santé. La répartition des blessés est souvent trimodale : ceux qui meurent quoi que l'on fasse (1/5), une majorité de blessés sans gravité (3/5) et ceux en détresse vitale qui survivent grâce à une prise en charge agressive (1/5). Toutes lésions confondues, 90 % des morts au combat décèdent au cours de la première heure (*golden hour*) et les exsanguinations par délabrement des membres sont la première cause de décès. Les hémorragies artérielles compressibles sont l'archétype des morts évitables si une action réflexe est entreprise par le blessé lui-même ou par un camarade de combat dans les toutes premières minutes (*platinum ten minutes*). Les données d'autopsies montrent que 33 % des hémorragies des membres auraient

encore pu être contrôlées par un garrot. La réduction de la mortalité des blessés de guerre est à relier à la conjonction d'au moins trois évolutions. Le port des effets de protection individuels a réduit le pourcentage des lésions de la tête et du tronc, le plus souvent létales, au profit des lésions des membres, qui représentent désormais 60 à 70 % des lésions et qui sont en majorité des causes de décès évitables. Deuxièmement, les principes du *damage control*, notamment la réanimation hypotensive et la réduction des délais d'évacuation pour une chirurgie ultra-précoce, ont amélioré la survie dans le cas des hémorragies non contrôlables par un garrot et non compressibles. Troisièmement, la formation des combattants et des personnels du SSA paramédical s'est structurée autour d'une nouvelle doctrine de prise en charge des blessés de guerre : le sauvetage au combat. Ce premier maillon de la chaîne de survie est capital et impose à des personnels non médecins de réaliser simultanément des gestes d'urgence et des choix adaptés au contexte tactique.

La préparation aux missions

La préparation spécifique santé, le sauvetage au combat, est intégrée à la formation des combattants. Le SSA s'est largement inspiré de la démarche américaine pour instaurer une chaîne de survie impliquant de la même manière un sauvetage au combat de 1^{er} niveau (SC 1) réalisé par les combattants sous le feu puis relayé par un sauvetage de 2^e niveau (SC 2) à l'abri du



feu, avant la mise en condition d'évacuation. Tout militaire doit être titulaire du certificat de compétences de citoyen de sécurité civile – prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC 1) – qui représente 12 heures de formation. Il doit également suivre un module de secourisme militaire SC 1, soit huit heures de formation. L'entretien des acquis fondamentaux de premiers secours est organisé sous la responsabilité du commandement et intégré au même titre que les autres techniques de combat dans la préparation opérationnelle des unités, avec au moins quatre heures de formation deux fois par an. Le programme SC 1 comprend l'apprentissage des gestes de base du sauvetage au combat en utilisant les dispositifs placés dans la trousse individuelle du combattant : pose d'un garrot, injection de morphine sous-cutanée et posture du blessé en fonction de la blessure. La formation aux gestes spécialisés de sauvetage du niveau SC 2 dure une semaine, avec une remise à niveau de 12 heures deux fois par an. Les SC 2 sont en mesure de réaliser l'hémostase, l'extubation d'un thorax ou une coniotomie, de mettre en place une immobilisation ainsi qu'une perfusion intraveineuse ou intraosseuse, et enfin d'administrer l'analgésie par morphine et l'antibioprophylaxie. Parallèlement, la préparation tactique est renforcée pour les personnels de santé, qu'il s'agisse de savoir-faire individuels (armement, transmissions...) ou collectifs (déplacement en patrouille, réaction à une embuscade...). Des exercices de mise en situation, appelés médicalisation en milieu hostile (Medichos), permettent d'évaluer la restitution de ces savoir-faire.

Les Groupes tactiques inter-armés (GTIA) du niveau bataillon conservent l'organisation réglementaire avec une équipe médicale par compagnie – composée d'un médecin, d'un infirmier et de quatre brancardiers secouristes. Les hélicoptères d'évacuation sanitaire (EVS) permettent d'assurer les interventions primaires en soutien des équipes médicales sur le terrain. En raison des elongations conséquentes qui caractérisent la zone d'intervention de la bande sahélo-saharienne, des avions tactiques médicalisés de type Casa du détachement français sont basés au niveau des structures chirurgicales pour les évacuations sur le théâtre d'opérations. Une cellule dirigée par un médecin urgentiste

régule ces évacuations en liaison avec le centre opérationnel. Une formation chirurgicale de campagne prend en charge ces blessés. Elle applique les procédures de chirurgie écourtée de stabilisation du blessé qui répondent aux principes du *damage control surgery*. La présence d'unités de soins intensifs dirigées par des médecins réanimateurs améliore le pronostic des patients. Le recours à la transfusion de sang total à partir de donateurs volontaires sur place est le seul moyen d'apporter des plaquettes et l'ensemble des facteurs de coagulation, avec une efficacité remarquable sur la coagulopathie du traumatisé. Cette pratique transfusionnelle, qui a un cadre réglementaire en mission extérieure, correspond à une stratégie réfléchie. Sa mise en œuvre est déclenchée précocement, sans attendre une pénurie de la banque de sang, dans les situations à risque de transfusion massive. Le *damage control* suppose une réintervention chirurgicale dans un délai de 48 à 72 heures. Les évacuations sanitaires secondaires dites « stratégiques » vers les hôpitaux du pays d'origine permettent d'éviter l'accumulation des blessés opérés dans les formations chirurgicales de l'avant et exercent un effet psychologique favorable sur les combattants. La rapidité de mise en œuvre et la continuité des soins de réanimation en vol caractérisent les évacuations sanitaires individuelles ou collectives modernes. La France dispose d'avions à long rayon d'action, des Falcon 50 et 900 pour un ou deux blessés et, depuis 2006, des Boeing KC 135 ravitailleurs en version sanitaire modulaire « Morphee » permettant de poursuivre des soins de réanimation ou des soins postopératoires pendant le vol pour 6 à 12 patients, selon leur gravité.

En conclusion, les enjeux essentiels de la prise en charge des blessés mobilisent une chaîne qui débute dès les premières minutes sur le terrain, selon les principes du *damage control*. La formation au secourisme de combat est l'un des piliers de cette stratégie avec la réduction du délai d'évacuation à moins de deux heures grâce à une régulation médicale. Les procédures de chirurgie écourtée, la réanimation hémostatique, la place du sang total et la précocité des évacuations sanitaires vers la métropole sont les autres déterminants de l'efficacité de la chaîne de survie des blessés de guerre. ■

* Service d'accueil des urgences, Hôpital d'instruction des armées Laveran, 13013 Marseille.

** Service médical de la présidence de la République, 55 rue du Faubourg Saint-Honoré, 75007 Paris.

*** Pôle anesthésie réanimation, urgences bloc, Hôpital d'instruction des armées Desgenettes, 108, boulevard Pinel, 69275 Lyon cedex 03.



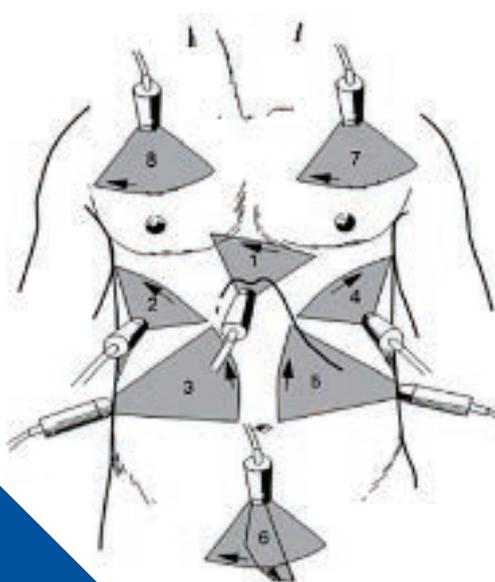
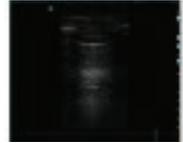
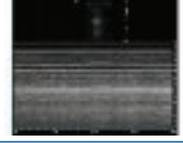
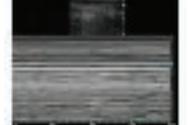
Échographie préhospitalière et prise en charge des traumatisés graves

Auteur et orateur: **Dr X. BOBBIA, CHU de Nîmes**

Le diagnostic lésionnel et la cotation pronostique sont des enjeux majeurs lors de la prise en charge initiale des patients traumatisés graves (PTG). Le choc hémorragique est la deuxième cause de décès des PTG. Le dépistage d'un foyer de saignement non extériorisé est primordial pour décider de l'orientation et de la conduite chirurgicales adéquates. La technique *Focused assessment for the sonographic examination of the trauma patient* (FAST) se donne pour objectif le dépistage des épanchements séreux. La faisabilité de la FAST, sa performance diagnostique et l'impact sur la thérapeutique et l'orientation en

préhospitalier sont démontrés. Son apprentissage et sa pratique sont recommandés par les sociétés savantes. Le tableau reproduit ci-dessous montre les spots à réaliser, les images normales et pathologiques.

Si la technique est simple, elle nécessite une bonne connaissance de ses limites et de la manière de l'intégrer dans la prise en charge du PTG. Le cas contraire entraînerait des prises de décision délétères pour le patient. Plus qu'un examen diagnostic précis, la FAST en médecine préhospitalière doit servir comme élément pronostic et aide à l'orientation. ■

Abord échographique	Spot	Image normale	Image pathologique
	1		
	2 et 4		
	3		
	5		
	6		
	7 et 8		

Le traumatisé sévère brûlé : prise en charge initiale

Auteur et orateur : **Dr B. PRUNET, Sdis 30, SSA**

L'association lésionnelle d'un traumatisme sévère et d'une brûlure est relativement rare en pratique civile où l'on estime qu'elle représente moins de 2 % des brûlures tout-venant. Les circonstances de survenue sont essentiellement les explosions et certains accidents de la voie publique. Il s'agit d'une association lésionnelle que les médecins militaires connaissent bien, désignée sous l'acronyme des patients « 3B » (blessé, brûlé, blasté), classiquement pris en charge au cours d'opérations de guerre, d'attentats ou de catastrophes. D'une façon générale, l'existence d'une brûlure complique le diagnostic et le traitement des traumatismes associés et inversement.

Sur le plan physiopathologique, cette combinaison de lésions engendre des effets d'addition, d'occultation et d'amplification. Le principal effet d'addition porte sur la profondeur de l'hypovolémie, dont l'origine est double : hémorragie traumatique et plasmorragie liée à la brûlure. Les risques d'occultation de lésions traumatiques du fait de la brûlure sont importants. Il peut s'agir de fractures non diagnostiquées dans des zones sous-jacentes à une brûlure. De même, un état de choc peut être faussement attribué à la brûlure, occultant ainsi un choc hémorragique traumatique ou un choc spinal par lésion médullaire haute. Enfin, des effets d'amplification peuvent apparaître, comme la profondeur de l'hypothermie qui se potentialise entre les deux pathologies. De même, des lésions traumatiques associées à la brûlure peuvent être aggravées par l'hypovolémie ou son traitement mal conduit (traumatismes thoracique et crânien).

Un diagnostic complexe

À la phase initiale, le traumatisme prime sur la brûlure. Ainsi, la prise en charge préhospitalière sera principalement axée sur la recherche et le traitement de lésions traumatiques,

notamment hémorragiques, pouvant engager le pronostic vital. Les brûlures seront emballées de façon stérile. Le remplissage vasculaire titré sera adapté à l'état hémodynamique. Il faudra évaluer l'indication d'une intubation oro-trachéale en cas de brûlure cervico-faciale ou des voies aériennes supérieures, ainsi que celle d'un sondage urinaire précoce en cas de brûlure des organes génitaux externes.

L'orientation idéale d'un tel patient se fera vers un hôpital disposant d'un centre de traumatologie et d'un centre de traitement des brûlures (CTB). Si tel n'est pas le cas, et bien que l'hospitalisation finale dans un CTB semble nécessaire, la destination initiale sera un *trauma center* de niveau adapté à la gravité du traumatisme. Le principe général étant que les urgences chirurgicales vitales doivent être traitées avant le transfert du patient vers un CTB.

À l'hôpital, le patient sera reçu en salle d'accueil des urgences vitales, comme tout traumatisé sévère. Le bilan initial d'imagerie associera une radiographie du thorax et du bassin ainsi qu'une échographie type *Focused assessment for the sonographic examination of the trauma patient* (FAST). Si la stabilité du patient le permet, le bilan lésionnel sera complété par un scanner du corps entier permettant le bilan exhaustif des lésions. La prise en charge chirurgicale des lésions traumatiques sera prioritaire. La réalisation d'incisions de décharge et le pansement des brûlures se feront à son issue. Selon la topographie des brûlures, se posent les problèmes de cicatrisation de la voie d'abord et des orifices de drainage. En cas de fracture d'un membre sous une zone brûlée – l'idéal étant de ne pas aborder directement le foyer –, c'est le fixateur externe ou le clou centromédullaire qui sera la méthode de choix. ■

Article disponible sur : www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca08/html/ca08_35/ca08_35.htm



Pascal Rossignol



Sdis 30

Les blessures en tauromachie

Auteur et orateur : Dr J.-Y. BAUCHU, chirurgien des arènes de Nîmes

La tauromachie (étymologiquement : le combat du taureau) occupe une place importante dans la vie sportive, sociale et culturelle du Sud de la France. Dans le Sud-Est, se pratiquent trois tauromachies : la tauromachie espagnole avec mise à mort à l'épée du taureau en public (environ 80 corridas par an) ; la course camarguaise ou course à la cocarde, une épreuve sportive consistant à attraper des trophées situés sur les cornes d'un taureau de race camarguaise (environ 800 courses par an) ; la tauromachie festive, avec des lâchers de taureaux dans les rues (*abrivado*, *bandido* et *encierro*).

« La tauromachie est la plus dangereuse des sciences inexactes. »

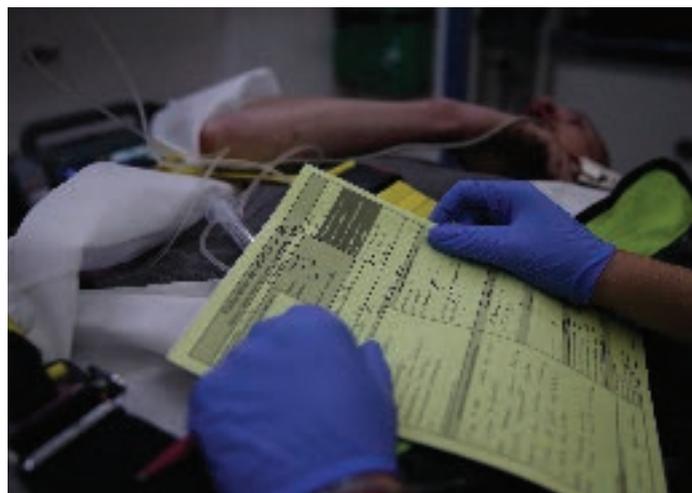
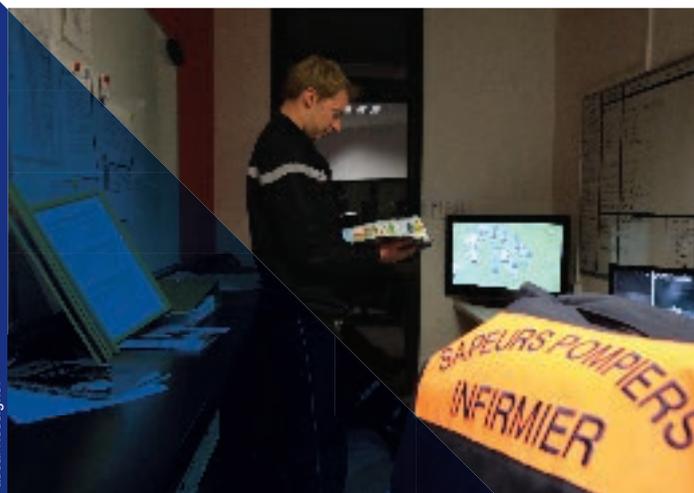
Les particularités des blessures par cornes de taureaux et de leur prise en charge sont liées :

- **à la corne** : objet contondant mais acéré qui tranche par la vitesse de son mouvement, qui déchire par sa force, qui brûle par sa surface. On distingue les traumatismes créés par le plat de la corne, les plaies superficielles, les plaies pénétrantes à trajectoires multiples et les lésions à distance.
- **Au type de tauromachie** : les plaies siègent sur la face antérieure

du corps dans la corrida espagnole où le combat du taureau est un affrontement. En course camarguaise, où il consiste en un évitement, les plaies siègent préférentiellement sur la face postérieure du corps. Elles sont localisées, par ordre de fréquence : au membre inférieur, au membre supérieur, au périnée, à l'abdomen. Il existe un pic de fréquence des blessés au mois de septembre, lorsque la fatigue de la saison taurine diminue la vigilance de ses acteurs.

• **Au contexte** : les accidents surviennent en public sur des célébrités de ce milieu, dans un contexte festif de feria. Il faut gérer l'infirmier et l'information. L'organisation des secours est fonction de la renommée de l'endroit. Elle peut aller de l'équipe médicale (médecin, chirurgien, anesthésiste-réanimateur, urgentiste, infirmier) réduite dans une infirmerie précaire à un groupe renforcé dans un contexte bien équipé.

Il n'existe pas d'enseignement universitaire de « chirurgie taurine ». La formation pour cette dernière se fait essentiellement par compagnonnage, au sein de l'Association française de chirurgie taurine et de la Société internationale de chirurgie taurine. Néanmoins, quinze thèses de doctorat en médecine ont été écrites sur le sujet. ■



Probabilités de lésion des blessés de la route en regard de l'état des véhicules accidentés

Auteur et orateur : **Claire PETIT BOULANGER, Renault**

Lors d'un accident de la voie publique (AVP), les services de secours décident vers quel hôpital les blessés doivent être dirigés en fonction de critères multiples, avec en premier lieu la gravité présumée des blessés. Les critères de triage sont fondamentaux puisque ce sont eux qui vont aider, sur les lieux de l'accident, les médecins à orienter les blessés aux bons endroits, le plus rapidement possible, en évitant le « sous-triage » et le « sur-triage ».

Proposer des critères plus détaillés

Ces critères sont actuellement fondés sur des examens cliniques auxquels s'ajoutent quelques critères de type accidentologique tirés de l'observation de la scène de l'accident. L'objectif de notre projet est de proposer des critères accidentologiques plus détaillés, issus de l'expertise des constructeurs.

Les critères d'estimation de la nature et de la gravité des lésions subies par les impliqués en accidents corporels, utilisés

actuellement par les accidentologues de Renault, sont des critères de spécialistes. Ils permettent d'estimer de façon fiable la probabilité de lésions des occupants d'un véhicule, mais sont compliqués à recueillir sur la scène de l'accident.

Il convient donc de produire une correspondance entre ces repères et des critères simples, ainsi qu'un indicateur de la fiabilité des critères simples en regard de ceux des spécialistes. Les accidentologues ont créé une fiche de recueil regroupant ces nouveaux critères simples que nous voulons valider, et ont formé les sapeurs-pompiers impliqués dans cette étude au recueil de ces critères.

Le déploiement de cette formation est en cours dans les secteurs concernés par ce projet. Il sera suivi par une étude de 12 mois sur tous les AVP de trois secteurs (BSPP, Sdis 63 et Sdis 78) pour tester la pertinence de ces critères, leur compréhension par les services médicaux, leur applicabilité et leur efficacité pour optimiser ce tri. ■





ARIUM
STUP 100



Well	Sample	Volume	Time	Notes
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				



Conférences métiers

Risque zoonotique : la dominante du risque biologique naturel pour l'homme

Auteur et orateur : Pr D. GRANDJEAN, division Santé BSPP, professeur à l'ENVA

Si l'importance des zoonoses en santé publique est parfaitement établie – leur compréhension bénéficiant des progrès considérables accomplis en matière de caractérisation des agents responsables et de connaissance de modalités de leur circulation –, il n'est toutefois pas inutile de revenir sur leurs définitions. Celle de l'OMS (1959), reprise par l'UE (1992), dit que les zoonoses sont « *les maladies et les infections qui se transmettent naturellement des animaux à l'homme et vice versa* ». Nous lui préférons celle de Savey (2004) qui précise que les zoonoses sont des maladies, infections ou infestations provoquées par des agents transmissibles (bactéries, virus, parasites ou prions) se développant au moins chez deux espèces de vertébrés, dont l'homme. Ce faisant, on peut schématiquement distinguer deux catégories de zoonoses :

- celles pour lesquelles une source animale est obligatoire pour qu'un humain s'infecte. C'est le cas de maladies telles la rage, la brucellose, le rouget, la morve, la tularémie... Dans ce cas, l'infection humaine n'est possible (hors utilisation malveillante) qu'autant que demeure l'infection animale correspondante. Elle disparaît d'un territoire dès la suppression du réservoir animal.
- Celles pour lesquelles une transmission interhumaine secondaire est possible. Néanmoins, une fois le foyer ou l'épidémie maîtrisé, une source animale sera nécessaire à l'émergence de nouveaux cas humains. C'est le cas pour Ebola, la peste, les salmonelloses...

Un impact mondial sans précédent

Aujourd'hui, plus de 80 % des maladies humaines émergentes sont zoonotiques, ce qui justifie le concept « One health, one medicine » déployé par les organisations internationales de santé humaine et animale que sont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Office mondial des épizooties (OIE), désormais Organisation mondiale de la santé animale. Les zoonoses auxquelles nous sommes,

depuis quelque temps, confrontés (grippe « aviaire », SRAS, MERS, Ebola...) ont une étendue, une importance et un impact mondial sans précédent dans l'histoire de l'humanité. L'avènement d'une aire marquée par l'apparition de maladies émergentes et ré-émergentes et leurs conséquences potentiellement graves pour la santé publique constituent des éléments déterminants qui ont bouleversé nos perspectives et nos activités en profondeur.

Dès lors, la rapidité de détection et de réaction face à de telles maladies devient capitale. C'est pourquoi, lors d'un nouvel épisode épidémiologique de cette nature, la détection rapide mais aussi le recueil d'informations initiales constituent la pierre angulaire des politiques sanitaires à mettre en œuvre.

La très grande majorité des maladies émergentes de manifestation récente étant d'origine animale, les mesures prises à leur rencontre ne peuvent être efficaces que *via* la coordination entre les autorités de santé humaine et de santé animale.

La déclinaison de cette problématique au fonctionnement des Sdis ne peut qu'obéir au même processus, tout en intégrant une notion de premier intervenant potentiel qui se doit d'intégrer dans sa démarche une action d'épidémiologie opérationnelle de première intention :

- définition des mesures et équipements de protection adaptés au maintien de la fonction secours;
- prise en compte effective de la notion de risque animalier en son sens biologique (portage passif ou vectorisation active de l'agent pathogène);
- intégration de la démarche épidémiologique opérationnelle au profit des structures de santé publique (agences régionales de santé, directions départementales de la protection des populations);
- une telle approche nécessite une réflexion adaptée fondée sur un trinôme médecin / vétérinaire / animalier fort de complémentarités de compétences hautement valorisables sur le plan opérationnel. ■



Mission Ebola de l'UIISC 7 en Guinée : retour d'expérience

Auteurs et orateurs : X. ATTRAIT (UIISC 7) ; P-O. MILOCHE ; R. MIGLIANI

Du 14 novembre 2014 au 10 janvier 2015, un détachement de l'UIISC 7 de Brignoles a rempli une mission inhabituelle et originale en Guinée. Inhabituelle par sa durée – deux mois –, et par sa nature, puisqu'il s'agissait de construire et d'aménager un centre de formation et des centres de traitement Ebola (CTE). Originale également sur le plan médical, puisque le médecin du détachement s'est impliqué dans la création du centre de formation et dans l'aménagement des centres de traitement.

Une Mission d'appui de la sécurité civile (MASC) est arrivée à Conakry, le 29 octobre, pour définir les missions du futur détachement. Initialement, deux tâches se dessinaient : la création d'un centre de formation destiné aux soignants et l'aménagement de deux CTE en Guinée forestière.

Le détachement est arrivé le 14 novembre. Sa première mission a été la création du plateau technique du centre de formation de Manéah, réalisée en deux semaines. Parallèlement, le cdt Girardot, Officier opérations de l'UIISC 1 de Nogent, et le MC Attrait, médecin-chef de l'UIISC 7, se sont chargés de la finalisation du programme pédagogique, du montage administratif et logistique, de la formation pédagogique des sept instructeurs guinéens et de la supervision de la première session. À partir du 8 décembre, le MC Miloche, puis le MC Nespoulos, également médecins du SSA, ont pris la suite du MC Attrait dans la coordination pédagogique du centre. Jusqu'au 27 février, ce sont 162 stagiaires médecins, infirmiers et hygiénistes qui ont été formés. La renommée et le succès de la formation ont permis depuis de l'élargir aux autres maladies épidémiques, ainsi qu'au personnel non soignant, sous l'égide de l'institut Bioforce, avec des stages programmés jusqu'en juin 2015.

La seconde mission du détachement a été la consolidation du centre de transit (CT) de Forécariah. Des travaux d'amélioration

ont été réalisés. Au même moment, le CT a dû accueillir en urgence des cas confirmés, alors qu'il n'était prévu que pour des cas suspects et probables. Le MC Attrait a alors proposé le montage en urgence d'une structure sous tente au sein du CT, permettant d'accueillir ces cas confirmés, en respectant toutes les règles de sécurité des soignants et des malades. Depuis, la CRF a optimisé le centre de Forécariah, qui est actuellement l'épicentre de l'épidémie Ebola en Guinée.

Le CTE de Beyla, en Guinée forestière, a ensuite été aménagé et équipé par le détachement, pendant qu'un détachement de l'UIISC 5 de Corté réalisait la même mission à Kérouané. Après de nombreux travaux d'aménagement et le montage des différents matériels, l'équipement du CTE a été finalisé, permettant ainsi à Waha, l'ONG opératrice du centre, d'ouvrir dans les délais prévus.

Deux mois de mission intenses

Le détachement est rentré en France le 10 janvier, après presque deux mois d'une mission intense, fatigante, mais variée et passionnante, au cours de laquelle les sapeurs-sauveteurs ont montré non seulement une très grande capacité de travail, dans des conditions de vie et un climat éprouvants, mais aussi des facultés d'adaptation et d'innovation. Mus par une motivation constante et un grand professionnalisme, ils ont réussi à réaliser cette mission avec brio, faisant ainsi honneur à leur régiment, aux Formisc et à la France.

Le médecin du détachement a également réalisé une mission exaltante car elle n'était pas limitée au soutien médical du détachement. Son implication dans la création du centre de formation, dans la transformation du CT de Forécariah en centre de traitement temporaire et dans l'organisation fonctionnelle du CTE de Beyla a été une aventure extrêmement enrichissante. ■



Que savent les internes en médecine générale de la médecine sapeur-pompier ?

Auteurs et orateurs : médecin lieutenant J. SCHMITT ; médecin lieutenant-colonel F. TRABOLD ; ISP S. FERBER

Les médecins généralistes constituent la majeure partie des médecins sapeurs-pompier volontaires (MSPV). La diminution de la démographie médicale laisse présager des difficultés dans la prise en charge des patients présentant une détresse vitale. Les internes en médecine générale (IMG) représentent l'avenir de ce premier maillon médicalisé dans la chaîne des secours. Cependant, lors de discussions avec eux, il apparaît que bien des aspects du travail des MSPV leur sont inconnus. Partant de ce constat, il nous a paru intéressant de le documenter scientifiquement.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une enquête prospective, réalisée au moyen d'un questionnaire diffusé par voie électronique à tous les IMG en France, de mai à août 2013.

Résultats

Ce sont 9,55 % des IMG qui ont participé à l'étude. On compte 68,39 % des répondants ayant entendu parler des MSPV, lors du stage praticien pour 60,44 % d'entre eux. Les diverses missions, les facteurs de motivation et de dissuasion à l'engagement comme MSP sont répertoriés dans les figures ci-contre. Les systèmes d'indemnisation, de logistique, de formation et d'astreinte sont méconnus respectivement à 90,99 %, à 78,37 %, à 82,22 % et à 85,38 %. Avant l'enquête, 17,08 % des internes étaient intéressés par une activité de MSPV contre 37,22 % après avoir répondu au questionnaire.

Discussion

La méconnaissance des IMG concernant les MSPV est importante. C'est un frein à l'engagement. Leurs connaissances sont plus larges selon que l'interne a réalisé son semestre au service d'accueil des urgences (70,83 %) ou qu'il se spécialise en médecine d'urgence (87,5 %). Il est intéressant de mettre en évidence le décalage apparent entre les représentations qu'ont les répondants des missions des MSPV et les missions réelles, notamment en matière d'engagement et de persévérance de l'engagement dans la tâche.

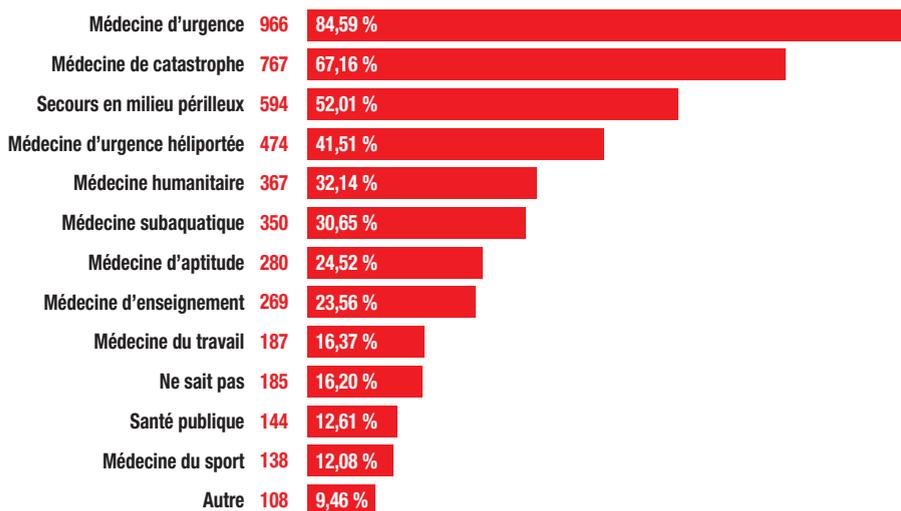
Le nouveau décret relatif aux sapeurs-pompier volontaires, paru en mai 2013, prévoit l'engagement d'étudiants en médecine au rang d'aspirants (externes) et de médecins lieutenants (internes). Mais se pose le problème de la responsabilité et de l'encadrement des jeunes médecins, notamment pour l'engagement opérationnel. Ce cadre d'emplois doit encore être travaillé afin de ne pas mettre en difficulté les internes et les médecins responsables des SSSM.

Conclusion

Deux tiers des IMG ont conscience de la présence des MSPV, sans pour autant connaître leur mode d'exercice. Il est utile de constater qu'un tiers des IMG serait intéressé par une activité de MSPV. Il y a une nécessité réelle de communication, qui doit être menée en faculté, dès l'externat, pour sensibiliser les étudiants à la problématique de la permanence des soins urgents. L'ouverture de terrain de stage durant l'internat, ainsi que l'arrivée des aspirants et des médecins-lieutenants pourront, à terme, favoriser le recrutement médical dans les SSSM. ■



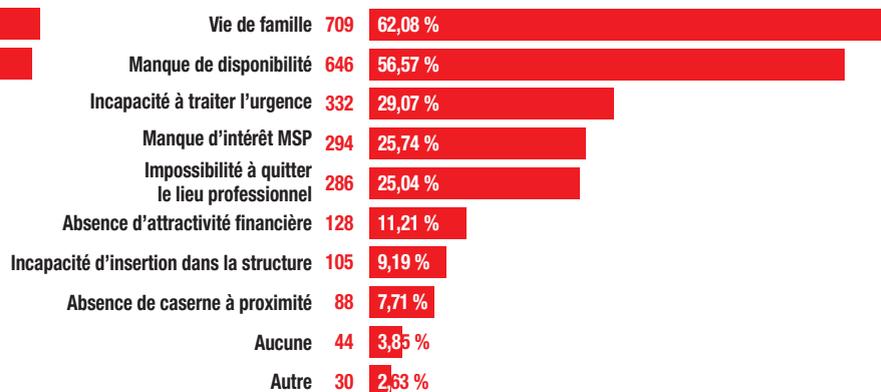
Connaissances des missions MSP



Motivation à l'engagement MSP



Dissuasion à l'engagement MSP



SEMSP* et santé en service : état des recherches en cours

Auteur et orateur : **Dr T. DULION, SEMSP, Sdis 31**

La santé en service des sapeurs-pompiers est un concept fondamental, véritable miroir de celui de la santé au travail, adapté dans ce monde si particulier. Consciente de l'importance du développement d'un tel concept, la Société européenne de médecine de sapeurs-pompiers (SEMSP) a initié depuis sa création des recherches et des réflexions dans le domaine de la santé en service.

La communication exposera les différents axes d'étude choisis par la SEMSP, en détaillant certains de ses objectifs à différents termes. Elle fera également l'état des lieux des projets en cours

dans certains domaines, tels que le dossier médical en santé en service ou le risque cardio-vasculaire.

Elle sera l'occasion de faire un point sur des questionnements plus ciblés tels que la répercussion du diabète ou le mode d'évaluation de l'astreinte thermique en situation opérationnelle. Elle présentera, enfin, les résultats actualisés et les outils de diffusion de la veille scientifique qu'assure la SEMSP, ainsi que les liens qu'elle a tissés avec d'autres institutions ou associations ayant un intérêt commun dans le domaine de la santé en service des sapeurs-pompiers. ■

* Société européenne de médecine de sapeurs-pompiers.



Prévention des conduites addictives, expérience du Sdis 56

Auteur et orateur : **Dr P. PIVERT, Sdis 56**

Nous sommes partis du principe que le niveau de la consommation de substances addictives dans le corps départemental d'incendie et de secours est probablement équivalent à la moyenne nationale.

L'activité de sapeur-pompier comporte de nombreuses situations à risques nécessitant d'être en pleine possession de ses moyens physiques et psychiques. Les perturbations du ressenti, conscientes ou non, liées aux conduites addictives accroissent les probabilités d'accident pour l'agent lui-même, ses collègues de travail et les victimes.

L'institution a donc mis en place un groupe de travail, par l'intermédiaire du CHS, afin de proposer un plan de prévention pour l'ensemble du personnel du Sdis, projet soutenu et financé par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL / Fonds national de prévention).

Objectifs

Les objectifs sont : la prise de conscience, sur le lieu de travail ou pendant les astreintes à domicile, de la dangerosité de substances psycho-actives, par des actions d'information ou de sensibilisation ; améliorer la capacité de la chaîne hiérarchique à aborder et à gérer sereinement cette problématique ; la mise en avant du volet informatif, des règles édictées par le Sdis 56 et de valeurs. À savoir : un libre arbitre qui ne doit plus mettre en exergue, comme gage de surmoi, la consommation de substances addictives ; une pleine responsabilité avec des agents conscients des risques encourus lors des interventions ; une chaîne de commandement informée, établissant un dialogue décomplexé sur des sujets tabous.

Les actions menées et à venir sont :

- l'acceptation du financement par la CNRACL ;
- la rédaction de deux guides, l'un destiné à l'encadrement et l'autre aux agents ;
- juin 2013 : rencontre entre le DDSIS, le président de l'union départementale et les chefs de centre, accompagnés des présidents d'amicale, pour présenter les éléments communs sur la démarche de prévention des conduites addictives ;
- novembre 2013 à mars 2014 : formation de l'encadrement par un prestataire externe, en deux jours, sur la prise en charge de situations aiguës ou chroniques liées à une consommation de produits psychoactifs et sur le rôle de l'encadrement. 83 % du public visé a participé et l'évaluation globale est très satisfaisante ;
- novembre 2014 à novembre 2015 : sensibilisation des agents dans le cadre d'un forum d'information de trois heures (obligatoire) avec quatre ateliers : sécurité routière, tabac, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), centre de soins d'addictologie (six déjà réalisés, avec une moyenne de 120 agents par session) ;
- courant 2015 : constitution d'un réseau d'écoute et d'orientation.

Discussion

Sans l'appui financier de la CNRACL et celui de la direction tout au long de ces étapes, le projet n'aurait pu se réaliser. De nombreux freins et craintes ont dû être levés et beaucoup restent encore très ancrés. Les difficultés qui perdurent tournent autour du dépistage de substances illicites et de la différence entre santé et discipline. Elles tiennent également à la réticence à parler de soi ou de l'autre atteint d'addiction, en érigeant le spectre de la délation. ■



Pascal Rossignol



Pascal Rossignol

Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans l'activité d'infirmier sapeur-pompier

Auteur et orateur : M. T. LEFEBURE, Sdis 30

Les infirmiers sapeurs-pompiers, comme l'ensemble des professionnels de santé, sont appelés à s'engager dans des démarches qui visent à améliorer leurs pratiques professionnelles.

Les situations de soins multicritères ainsi que la pluriactivité liée à ses missions exigent, de la part du professionnel de santé et de ses supérieurs hiérarchiques, une prise de conscience de l'évaluation de leur activité et de leur fonctionnement au travers d'outils d'évaluation et de mise en place de processus et procédures. Hors du principe d'évaluation / sanction, la démarche d'évaluation

des pratiques professionnelles vise à réduire les actions non adaptées ; sert à élaborer des pistes d'améliorations évaluables et réajustables du fonctionnement du service et de l'activité de l'ISP, ainsi qu'à évaluer et mettre en œuvre une politique de formation professionnelle continue, objectivable, cohérente et pérenne.

La conférence inclura les thèmes suivants : intérêt de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au SSSM ; méthodologie de l'EPP ; exemple de la roue de Deming ; les outils (Ishikawa, QQQQCCP, fiches événements indésirables, Retex) ; processus et procédures ; conclusion. ■







**Opérations
extérieures
et coopération
interservices**

Trente ans d'Escrim

Auteurs et orateurs : **médecin colonel T. PRUNET**; **médecin colonel M. ORCEL**

L'Élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale (Escrim) va fêter, cette année, ses 30 ans d'existence. Il est né sur le terrain d'opération le 19 septembre 1985, à l'occasion du séisme de Mexico.

Cette première intervention de l'unité (qui, les plus anciens s'en rappellent, s'appelait encore à l'époque l'Elis 30) sera suivie de nombreuses autres. Chaque mission apportant son lot d'enseignements et d'améliorations à réaliser.

Quel que soit le motif de la mission, qu'il s'agisse de séisme, comme en Arménie (en 1988), en Iran (en 1990 et en 2004), en Turquie (en 1992, puis en 1999), en Algérie (en 2003), en Haïti (en 2010), de tsunami, comme à Sumatra (en 2005), ou de situations de guerre comme à Brazzaville (en 1997), au Kosovo (en 1999) ou au Sri Lanka (en 2009), à chaque fois l'Escrim a fait la preuve de son efficacité et a démontré ses remarquables capacités d'adaptation.

L'hôpital de campagne de la Sécurité civile française

Aujourd'hui, l'Escrim est l'hôpital de campagne (le *field hospital* comme disent les Anglo-Saxons) de la Sécurité civile française. Forte de 100 lits d'hospitalisation, c'est une structure sous toile de 1 440 m², armée par 75 personnels. Dotée d'un bloc chirurgical avec deux salles d'opération, de moyens de stérilisation, d'un département d'imagerie avec appareil de radiologie numérisée et échographie, d'une pharmacie et d'un laboratoire d'analyses médicales, c'est une unité totalement autonome pouvant être projetée en n'importe quel point de la planète.

La France dispose, avec l'Escrim, d'un moyen unique en son genre lui permettant d'apporter une réponse adaptée et performante à pratiquement toutes les situations de crise aiguë. ■

Position du vétérinaire de de la prévention

Auteur et orateur : **vétérinaire commandant M. MERSCH, SSSM, Sdis 95**

En opération extérieure, contrôler la qualité de l'eau, veiller à la sécurité sanitaire des aliments et médicaliser les chiens des équipes cynotechniques constituent les principaux objectifs de la mission vétérinaire de sécurité civile.

Conformément à la réglementation européenne actuelle, les eaux destinées à la consommation humaine sont désormais assimilées à des aliments et logiquement intégrées dans le processus de sécurisation des filières alimentaires au sens large. Autre problématique vétérinaire : l'approvisionnement quotidien en eau pour les besoins sanitaires exige souvent une prospection des ressources locales et la mise en place d'une chaîne de décontamination. L'expertise vétérinaire doit donc garantir une qualité microbiologique satisfaisante... en s'adaptant au mieux au matériel d'analyse de l'eau à disposition !

Autre aspect de santé publique important en Opération extérieure (Opex) : la prévention des risques zoonotiques, rapidement délicate puisque l'animal peut constituer un réservoir ou un vecteur d'agents pathogènes et que les nombreux modes de contamination (directs ou indirects) sont favorisés par des installations précaires ou dégradées. Seule une collaboration effective entre vétérinaire, médecin et commandement permet une stratégie préventive efficace.

Une présence vétérinaire indispensable

Le soutien sanitaire vétérinaire en opération s'adresse, quant à lui, aux équipes cynotechniques engagées sur un site opérationnel hostile ainsi qu'aux animaux victimes à médicaliser en urgence. La réalité de la pratique vétérinaire démontre :

- la difficulté de préserver les ressources canines. La pénibilité des recherches en décombres (climat, environnement, risques



Pascal Rossignol

sécurité civile en situation d'exception :

au secours



- 1 Le chien Swann sous perfusion.
- 2 Engagement d'une équipe cynotechnique pour une recherche de victime.
- 3 Lecture et interprétation des prélèvements après incubation.
- 4 Signalétique locale pour la gestion de l'eau.

traumatique et infectieux) retentit très vite sur leur intégrité physique et impose une prise en charge médicale;

- la nécessité du recours à un vétérinaire urgentiste au sein des équipes cynotechniques dès le début d'engagement des chiens. Un œil vétérinaire averti permet en outre d'éviter de dépasser les limites physiologiques canines, afin de conserver aux victimes vivantes ensevelies toutes leurs chances d'être localisées... et de ne pas déplorer de décès canin;
- l'intérêt de constituer un lot « pharmacie vétérinaire de catastrophe » complétant le matériel de premier secours emporté par le vétérinaire.

Lors de la mission « Haïti », en janvier 2010, la présence d'un vétérinaire a été appréciée dans la collaboration avec les différents spécialistes. Cette première dans le choix des personnels engagés s'est révélée judicieuse et a démontré son utilité, tant chez les partenaires cynotechniques que sanitaires. Le binôme

vétérinaire / infirmier s'est en outre révélé être un élément largement positif lors de la prise en charge médicale des animaux. Si la place du vétérinaire de sécurité civile au sein des détachements internationaux a été aujourd'hui reconnue, la qualité de la prestation doit être pérennisée : grâce à une préparation opérationnelle régulière et entretenue, en particulier par l'intégration systématique du vétérinaire aux exercices opérationnels cynotechniques et par des groupes de réflexion autour des moyens logistiques nécessaires à la médecine vétérinaire et au contrôle de la qualité de l'eau. Parallèlement, favoriser les échanges entre l'ensemble des vétérinaires au niveau national lors de congrès ou symposiums des SSSM contribue, d'une part, à améliorer les pratiques individuelles grâce aux retours d'expérience, mais également à mieux appréhender les ressources parfois méconnues des différents acteurs des services de santé. ■



Recrutement des intervenants en mission humanitaire

Auteur et orateur : S. GOUJARD, psychologue, président de l'AEPSP, psychologue sapeur-pompier (Sdis 42), sapeur-pompier volontaire (Sdis 69)

L'engagement des sapeurs-pompiers sur les missions de secours international est un sujet de réflexion de la psychologie de catastrophe depuis 10 ans.

Les investigations montrent que les compétences psychologiques nécessaires pour réaliser une action de sauvetage-déblaiement, un soutien médical ou sanitaire à l'intérieur de nos frontières ou une mission de secours post-catastrophe à l'étranger ne sont pas les mêmes (Goujard S. & Verline V. 2012).

Ne pas tenir compte de cette donnée, c'est prendre le risque et la responsabilité d'exposer, sans protection, les sapeurs-pompiers à des affections psychologiques majeures comme l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Le DSM IV nous éclaire sur la prévalence de l'ESPT. Les études faites sur la population générale révèlent une prévalence sur la vie de l'ESPT de 1 à 14 %, avec une variabilité liée aux méthodes d'évaluation et aux populations d'étude. Cependant, « les études des sujets à risque (par exemple les anciens combattants, les victimes d'éruption volcanique ou de violence criminelle) ont rapporté des taux de prévalence de 3 à 58 % ». De plus, comme le soulignent Waddington et al. (2003), « les événements mis en cause dans l'ESPT sont bien plus nombreux, et ce d'autant plus que leurs aspects subjectifs comptent au moins autant que leurs aspects objectifs ».

Prévenir le risque d'ESPT

Dans la mesure où la description de ce syndrome prend son origine dans des expériences présentées comme exceptionnelles, dépassant les ressources de l'individu, il est légitime de s'interroger sur la prévention de ce risque qui concerne les intervenants de l'urgence.

La sélection des personnels sapeurs-pompiers et la préparation spécifique des intervenants doivent être organisées.

Depuis 2011, l'Association européenne des psychologues sapeurs-pompiers (AEPSP) coordonne un travail collaboratif entre personnels de corps de sapeurs-pompiers, des B-FAST et des ONG ayant l'expérience de ces opérations de secours.

Les premières recommandations montrent que la protection psychologique des agents passe par deux phases de sélection psychologique. La première, en entretien initial, doit évaluer la perception qu'ils ont des facteurs psychologiques de risque opérationnel, leur capacité à gérer le stress et la frustration, leur fonctionnement anxieux, leurs risques addictifs et leur niveau d'autoévaluation du dépassement des ressources personnelles.

La seconde, effectuée à l'issue d'une formation pré-engagement, doit évaluer la capacité psychologique à la cohésion d'équipe en situation de crise. L'auto- et l'hétéro-évaluation de la fatigue dépassée rentre également dans les critères à prendre en compte. La capacité à utiliser des techniques de gestion du stress et de l'anxiété ainsi qu'à participer à une prise en charge psychologique post-intervention sera, enfin, un indicateur décisif d'une prévention du risque optimisée. ■

Références

Goujard S. & Verline V. (2012), *Sapeurs-pompiers en opérations extérieures : risques psycho-sociaux et recommandations*. Conférence, journées sapeurs-pompiers et psychologie, conférence, Foix, France.

American Psychiatric Association (1995), *DSM IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction française par J. D. Guelfi et al. (1996), Masson, Paris.

Waddington A. et al. (2003), État de stress post-traumatique : le syndrome aux différents visages, *L'Encéphale* 29 (1) : 20-27.



Hygiène alimentaire en Opex*

Auteurs et orateurs : **Dr P. PIVERT, Dr vétérinaire ; Dr N. DIRN, vétérinaire commandant Sdis 60**

L'hygiène alimentaire en opérations extérieures (Opex) est fondamentale pour assurer la protection des intervenants et ne pas déstabiliser les dispositifs. Le risque de toxoinfection alimentaire collective (TIAC) est très élevé avec des problématiques à prendre en considération, comme un nombre de malades souvent important et l'apparition de pathologies aiguës, des sujets qui perdent leur capacité opérationnelle, mobilisant de la ressource médicale ne leur étant pas destinée.

Le principe de base de l'hygiène alimentaire est de fournir aux intervenants et aux populations sinistrées des aliments sains et sûrs en fonction du cadre la mission. L'intégration de l'alimentation en eau dans la sécurité alimentaire est effective depuis 2005 (réglementation communautaire dite du « Paquet hygiène »).

En Opex, la maîtrise de la sécurité sanitaire des aliments ne peut pas s'appuyer sur des solutions toutes faites (comme les procédures de la restauration collective classique). De plus, elle demande une capacité d'analyse et d'adaptation importante. L'évaluation du risque alimentaire est fondée sur l'utilisation du diagramme d'Ishikawa, qui permet l'identification et la gestion des risques, en analysant une situation sous cinq aspects différents, appelés les 5M. Il s'agit du milieu (les locaux), du matériel (les équipements), de la matière (les aliments), de la main-d'œuvre (le personnel) et de la méthode (le fonctionnement).

L'importance de l'adaptabilité

Les éléments du terrain à prendre en considération en priorité sont la ressource en eau, les capacités en personnel, la gestion des déchets solides et liquides et des effluents, les capacités en matériel pour la chaîne du chaud et du froid, les ressources en matières premières et le milieu.

En ce qui concerne l'eau, les questions à se poser sont relatives à sa disponibilité et sa potabilité. Elle peut être

disponible sous forme d'eau minérale en bouteille ou d'eau du réseau par exemple.

En matière d'aliments, les problématiques sont relatives au choix des approvisionnements, avec des rations complètes type RCIR (rations de combat individuelles réchauffables à 3 500 Kcal) ou l'utilisation de matières premières locales (contrôle des fournisseurs, décontamination et / ou assainissement des denrées alimentaires). Dans des situations dégradées, la ressource locale est souvent indisponible et fortement contaminée. Il est nécessaire de prendre en considération la lassitude alimentaire (ration) sur des périodes longues avec des approvisionnements non sécurisés, à l'origine de pathologies digestives.

Pour ce qui touche au personnel, les questions en jeu sont relatives à la formation aux bonnes pratiques d'hygiène devant intégrer les différences de culture.

Pour les déchets solides et liquides, il faut s'interroger sur le stockage, le risque de contaminations croisées des denrées alimentaires et l'attractivité des nuisibles (rongeurs, insectes, etc.).

En ce qui concerne les installations, on s'intéressera aux équipements d'hygiène (lavage des mains), aux moyens chauds et froids (chaîne du froid et chauffage des denrées) ainsi qu'aux équipements de stockage des déchets.

Pour le milieu, la zone de stockage et de manipulation des denrées alimentaires doit être envisagée en respectant les principes fondamentaux de la marche en avant et de la sectorisation.

Cette analyse est à adapter en fonction de chaque situation, des choix opérationnels, des ressources à disposition et du niveau de sécurité alimentaire exigé. ■

*Opération extérieure.



DU GOÛT,
DU GOÛT...
DU GARD !

Le Gard
territoire



Savourez-le nature



www.militantdugout.gard.fr

Prise en charge de victimes contaminées : vers la validation de guides de bonnes pratiques* interservices

Auteurs et orateurs : **D. JOSSE ; G. BARRIER ; L. LACHENAUD ; J. FULACHIER ; M. AUDIER ; N. RABOUIN ; J.-M. RODITIS ; M. BEBENGUT ; T. D'ISSERNIO ; P. CHAPPELLE ; J.-P. MONET**

Un groupe de travail zonal (GTZ) « décontamination » pluridisciplinaire (CT RCH-RAD, médecins, pharmacien toxicologue) et à vocation interservices a été constitué par le CTZ RCH en 2013. Il comprend actuellement des personnels des Sdis et du bataillon de marins-pompiers de Marseille (BMPM). Les principaux objectifs de ce groupe de travail sont de tendre vers une harmonisation des procédures de prise en charge des victimes contaminées, en particulier par des agents du risque NRBC, et d'actualiser ces procédures en regard des nouvelles données validées par des comités d'experts en France et à l'étranger.

Matériel et méthode

Quatre thèmes ont été distingués : le triage au point de rassemblement des victimes (PRV), la décontamination d'urgence, la médicalisation au PRV et la décontamination approfondie. Pour chaque sujet, après une évaluation des points convergents et des écarts interservices, une liste de documents de référence a été établie et une procédure consensuelle a été rédigée sous la forme d'un guide de bonnes pratiques (GBP) comprenant une ou des fiches réflexes en annexe.

Résultats

Les versions projets de ces guides de bonnes pratiques en cours de validation seront présentées.

Le succès de l'organisation des secours aux victimes dans le cadre d'un accident de type NRBC dépend de la rapidité, donc de la simplicité de la mise en œuvre des moyens humains et matériels. La montée en puissance du dispositif opérationnel prévoit la mutualisation des moyens départementaux, puis zonaux, voire nationaux. L'efficacité de cette mutualisation passe par l'application de procédures communes, connues de tous les services impliqués, notamment des SIS. La démarche de rédaction de GBP zonaux pour la gestion des risques NRBC, en particulier sur le thème de la prise en charge de victimes contaminées, devrait permettre, à terme, d'améliorer l'efficacité d'une intervention réalisée dans un cadre interservices : unicité des documents de référence et des termes employés, des procédures et, plus largement, de l'organisation opérationnelle, quels que soient le niveau et le lieu d'intervention. En conclusion, une fois validés par l'EMZ, ces guides de bonnes pratiques des SIS ont vocation à être diffusés à tous les services potentiellement concernés et à être mis en œuvre lors des formations et d'entraînements dans un cadre intra- ou interservices. Leur actualisation doit non seulement s'appuyer sur des données faisant l'objet de consensus internationaux ou nationaux, mais aussi sur des éléments de Retex. ■

*Pour les SIS de la Zone de défense et de sécurité Sud.



Sdis 30



69 sdis





Les grands rassemblements

La réponse secouriste

Auteur et orateur : **Dr P. BASSET, directeur médical société Dokever**

En France, le nombre d'événements et de manifestations rassemblant plus de 5 000 personnes connaît, depuis plusieurs années, une évolution croissante. Tous les secteurs géographiques (mer, montagne, plaine, zone urbaine) sont touchés par cette évolution. L'effet induit par cet engouement impose de prévoir pour ces grands rassemblements (GR) sportifs, culturels, professionnels, festifs... des plans d'organisation « santé secours » en adéquation avec la fréquence et la gravité des problèmes de santé rencontrés.

La réponse secouriste, au travers de la loi de 2004 et l'arrêté de novembre 2006 concernant les dispositifs prévisionnels de secours (DPS), apportent un socle de départ. Soulignons que cet outil de calcul du ratio des intervenants de secours (RIS) a fait ses preuves, sans toutefois prendre en compte les compétences médicales et paramédicales. Le DPS est un outil mature. En revanche, concernant leur médicalisation, nous ne pouvons pas en dire autant. Une réflexion scientifique et médicale semble nécessaire pour aborder cet aspect.

L'organisation médicale des DPS

Pour l'organisateur d'événements, avant toute chose, il est important de faire un état des lieux. Quelle que soit la discipline sportive (VTT, trail, running, marathon...), le nombre de participants augmente, avec une appétence tout particulière pour les activités sportives de type « outdoor ». La croissance des Événements grand public (EGP) d'Amaury sport

organisation (ASO) démontre bien cet engouement. Les festivités culturelles engendrent également un grand enthousiasme et attirent des foules importantes.

L'organisateur se doit de connaître et respecter le cadre réglementaire. Il lui faut assurer la sécurité et les secours du public et des acteurs. Il lui est nécessaire de rendre compte aux familles des patients, aux assurances... De plus, il est le premier responsable des moyens à mettre en place pour assurer la « santé-sécurité-secours » lors de ces EGP. Il a besoin de références, d'outils clairs pour savoir jusqu'où va son implication dans les moyens à engager. Il veut comprendre le champ de compétence de chacun des acteurs du secours. Le paysage des organisations de secours est bien souvent trop flou pour un organisateur.

Depuis plus de 15 ans, la société ASO s'est appuyée sur l'expertise de la société Dokever et lui a confié l'ensemble de ses EGP.

Lors de son intervention, le docteur Patrick Basset, directeur médical de Dokever, abordera la problématique médicale préhospitalière lors de ces grands rassemblements. Sa réflexion portera, dans un premier temps, sur la réalité de sa pratique médicale puis, dans un second temps, il abordera plus particulièrement la mise en adéquation et le dimensionnement des moyens médicaux et secouristes engagés. Il traitera également de l'interface avec le maillage sanitaire et secours local. Les spécificités liées au terrain et à l'environnement seront aussi une préoccupation à l'ordre du jour. Le regard scientifique sera bien sûr un préambule à cette approche. ■



Pascal Rossignol

DPS* : l'approche secouriste

Auteurs et orateurs : Pr J. J. ELEDJAM, président CRF ; Dr D. MEYRAN ; A. RISSETTO

De plus en plus d'événements ayant un intérêt commun d'ordre sportif, culturel ou social, rassemblant de quelques dizaines à plusieurs milliers de personnes, sont organisés par des opérateurs publics ou privés. Avant la loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004, il n'existait pas d'instruction à caractère réglementaire en ce qui concerne la tenue des postes de secours par les équipes secouristes du milieu associatif. Cette absence de réglementation et d'un outil d'aide à la décision rendait difficile la détermination d'un dimensionnement du dispositif adapté aux risques. Cela entraînait de fait des insuffisances et des différences de qualité des prestations des différents acteurs, alors même que la multiplication de ces événements imposait des réponses appropriées devant inscrire le dispositif prévisionnel de secours (DPS) comme le premier maillon de la chaîne des secours. L'arrivée de cette loi a aménagé mais aussi bouleversé le paysage des associations de sécurité civile (AASC), un agrément opérationnel étant désormais obligatoire pour effectuer des missions identifiées comme celle des DPS. Au travers de cet agrément, la mise en œuvre des modalités opérationnelles du référentiel national des DPS constitue une référence commune indispensable à la qualité du service rendu, quel que soit l'acteur, et une garantie de fiabilité pour toutes les personnes concernées (organisateur, pouvoirs et secours publics).

Depuis quelques années, de grands rassemblements de personnes se déroulent en France. Ces grands rassemblements (GR) peuvent survenir lors de manifestations encadrées ou lors de rassemblements sauvages comme des « raves parties ». Ceux-ci sont parfois inopinés, spontanés, comme en 1998 à la suite de la

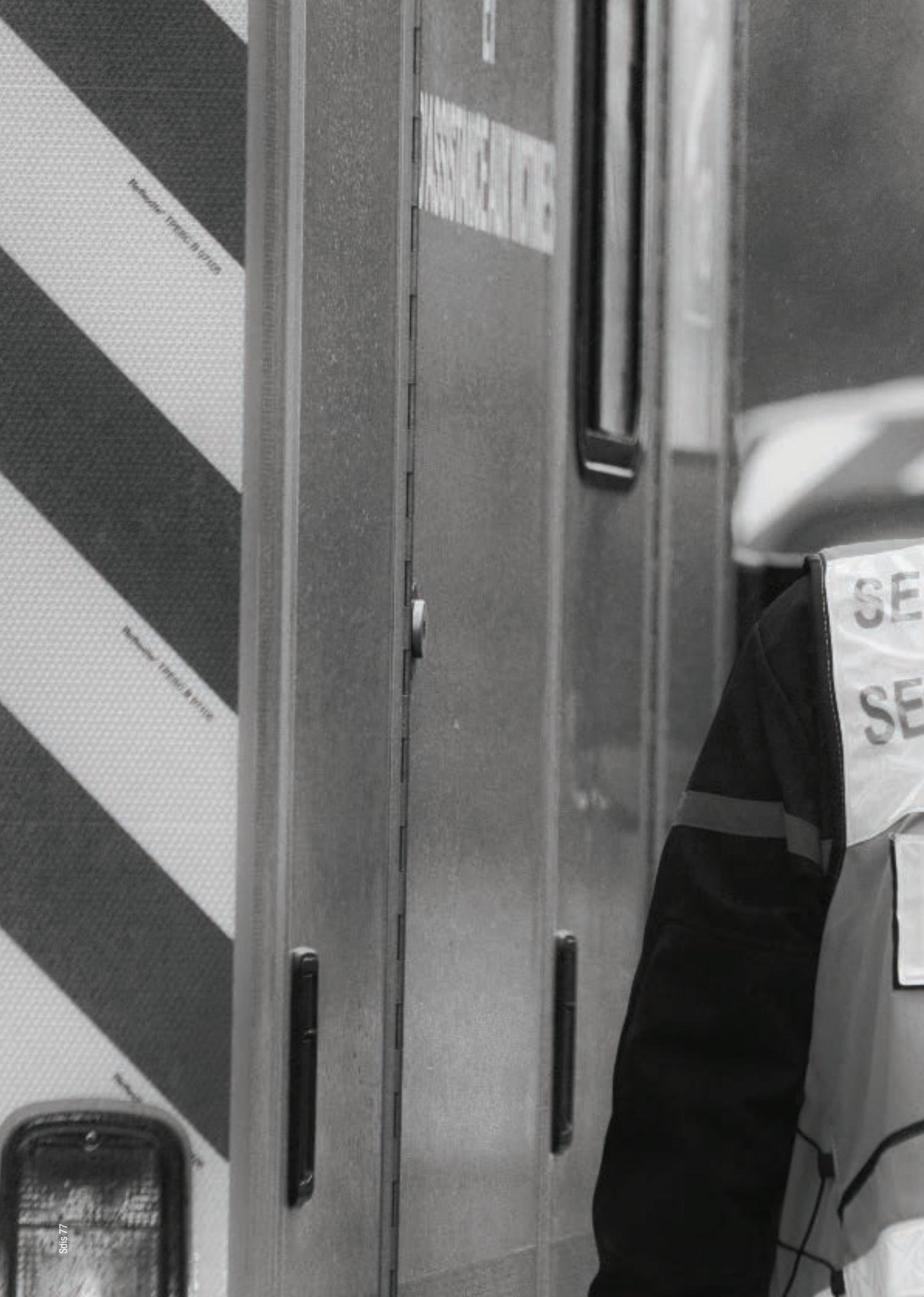
victoire de l'équipe de France ou comme très récemment après des événements sociétaux majeurs. En l'absence d'une réglementation spécifique applicable aux GR, les préfetures utilisent les dispositions du plan Orsec pour rassembler de nombreux services et pour mobiliser d'importantes ressources (sapeurs-pompiers, Samu, AASC) sous un commandement unique assuré par un officier sapeur-pompier.

La Croix-Rouge française : un acteur majeur

Fort de son expérience, la Croix-Rouge française (CRF) travaille sur plus de 17 000 DPS chaque année, par sa participation à de nombreux dispositifs, nécessitant parfois l'engagement de plusieurs centaines de secouristes (JO de 1992, JMJ de 1997, Coupe du monde de football en 1998 et de rugby en 2007, venue du Pape, G8 à Évian, 50^e et 60^e anniversaires du Débarquement, Jeux équestres mondiaux en 2014...). Elle est forte de la densité de son réseau sur tout le territoire (94 délégations départementales bénéficient en métropole de l'agrément D). La CRF se veut être un partenaire majeur des pouvoirs et secours publics pour ces grands rassemblements. Sa capacité de mobilisation rapide et de concentration de ses moyens, la qualité de ses intervenants (liée à des formations spécifiques) et la fiabilité de ses prestations (reposant sur une organisation hiérarchique pyramidale nationale) lui permettent d'intégrer une marche générale des opérations déterminée tout en étant autonome sur un plan logistique, sur la gestion des ressources humaines et pour une éventuelle montée en puissance. ■

*Dispositifs prévisionnels de secours.





ASSISTANCE EN VOIE

Redoute, 170000, B 17100

Redoute, 170000, B 17100

SE
SE



SRVICE DE SANTE
et de
COURS MEDICAL

MÉDECIN

Session éthique

L'éthique humanitaire du SSSM

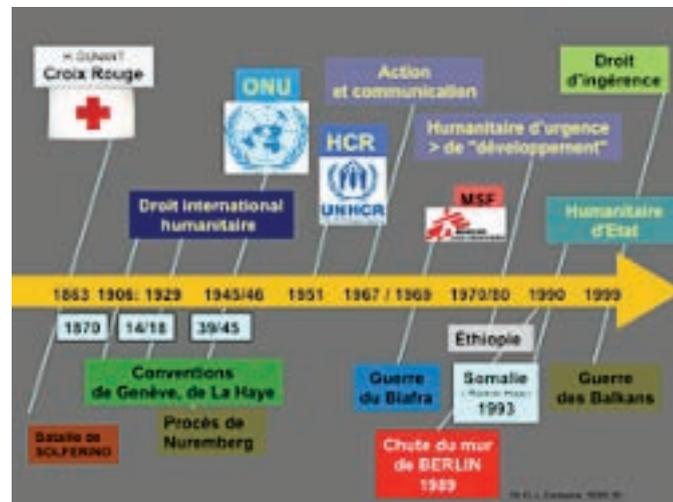
Auteur et orateur : **Dr G. L. COMPERE, Sdis 30**

La cohabitation difficile de l'exceptionnel et de la norme doit éviter les dangers d'une attitude systématisée. L'individuel et le collectif supposant la justice, le choix dans la pratique soignante montre que l'éthique est incontournable. Anticipation et préparation sont nécessaires pour une action efficace et collective dans l'humanitaire. Le soin, toujours désintéressé, a donc une dimension éthique et politique. L'éthique, selon Paul Ricoeur, est « la recherche de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes. Elle invente les comportements justes et appropriés à la singularité des cas ». En démocratie, la protection des droits fondamentaux assure l'humanité, l'indépendance et l'impartialité. Dans une mission, l'action, la gestion des moyens et l'image d'un pays ne doivent pas faire oublier l'individu au profit du nombre. Le soignant doit nécessairement moduler ses vérités professionnelles habituelles pour trouver la réponse la plus adaptée possible.

Éviter les dangers d'une attitude systématisée

Quel que soit le type de mission, il met en présence une population vulnérable, une organisation humanitaire complexe et de nombreux acteurs ayant des intérêts particuliers. L'action humanitaire, face à ses grands dilemmes et aux risques permanents d'ordre moral, est complexifiée par la confrontation des cultures. Elle se trouve avec et au milieu d'intervenants dont les intérêts et les visions du problème posé sont tous différents. Le savoir éthique s'édifie par nos pratiques et le retour d'expérience forme une des bases de son enseignement. Trois types d'obligations morales humanitaires sont possibles, selon une approche affective, introvertie ou extravertie. Elles font comprendre le contenu des processus de décision limités par la réalité locale, dans le cadre complexe d'une mission.

Pragmatisme et politisation, au sein d'un monde devenu multipolaire depuis la fin des blocs politiques Est / Ouest, montrent qu'au XXI^e siècle la protection des droits de l'homme



est aussi importante que l'éthique fondamentale compassionnelle. Les principes non démocratiques de certaines minorités viennent encore compliquer l'éthique appliquée.

La forte promotion de l'humanitaire au sein du droit de la guerre est continue depuis 1945, avec le maintien de la confrontation des approches déjà citées. S'y mêlent l'interrogation constante entre sentimentalisme et technicité des secours, les conséquences de la démocratisation de l'information sur la perception de l'humanitaire, l'abandon des limites d'une neutralité institutionnelle, l'évolution nécessaire des ONG, l'importance de la politique, le droit d'ingérence et l'irruption de l'humanitaire d'État. Toutes ces notions entraînent, avec les progrès thérapeutiques, de nouvelles questions et réponses contemporaines pour une mission bien remplie.

En conclusion, doivent être mis en avant : les dangers d'une gestion s'éloignant de l'humain, la conciliation obligée du savoir et du pouvoir imposant la modestie des acteurs dans l'action et l'évidence de l'espoir. ■



L'annonce des décès inattendus : le travail du SSSM et celui des sapeurs-pompiers

Auteur et orateur : **L. AUVERT, psychologue, Sdis 33, secrétaire de l'AEPS**

Être porteur de mauvaises nouvelles fait partie du rôle des personnels de secours. Si l'annonce de la mort d'une victime doit être réalisée par un médecin, la réalité des situations de secours conduit tout personnel de santé et tout secouriste à avoir la tâche d'accompagner une mauvaise nouvelle et ses suites. De plus, le contexte de l'urgence va imposer des notions contraires à l'éthique souhaitée dans les circonstances d'une fin de vie (manque de temps, peu de connaissances des victimes et de leurs volontés...) auxquelles il faudra s'adapter.

Un message clair mais empathique

L'annonce du décès inattendu d'une victime à ses proches n'est jamais confortable. Il n'existe pas de manière d'annoncer un drame qui ne soit pas douloureuse pour les familles. La seule certitude est l'effet dramatique de cette nouvelle tragique, qui engage brutalement les mécanismes psychologiques du travail de deuil propres à chaque individu.

Cependant, il est possible de mettre en place une approche permettant d'éviter de majorer le traumatisme émotionnel de chacun, personnel de santé compris.

La première étape consistera à communiquer la nouvelle en s'imposant que cette annonce soit simple, honnête, objective et respectueuse. Il s'agira d'énoncer aux proches du défunt, avec considération et respect, dans un environnement proposant un minimum de confort et d'intimité, un message clair mais empathique, en éliminant tout doute possible.

Durant une deuxième étape, dont l'objectif est d'aider les proches à supporter le choc, l'intervenant devra faire face à la mise en place rapide de leurs mécanismes de défense (labilité des réactions émotionnelles, souvent intenses : déni, culpabilité, agressivité...), en facilitant le dialogue et en essayant de répondre à leurs besoins.

Il s'agira pour l'intervenant de prendre en compte ses propres émotions, voire son malaise, selon la résonance psychique que la situation peut provoquer en lui.

Enfin, le départ de l'intervention nécessitera que soient résolus les problèmes immédiats, ce qui induit en particulier que l'intervenant reste disponible jusqu'à ce que soit mise en place la couverture sociale naturelle des personnes concernées. ■



"le Gard, un caractère affirmé"

Escapades "Nature" ou "Culturelle" ?
Difficile de vous décider?

Aujourd'hui n'hésitez plus... en moins de 3 heures,
vous êtes arrivés !

...des Cévennes à la Camargue, bienvenue dans le Gard !



Pour connaître tous les bons plans de week-end
et courts séjours dans le Gard. Cliquez sur

www.tourismegard.com



Urgences, fin de vie et famille

Auteurs et orateurs: Dr FERROUD-PLATTET, CHU Nîmes; Dr BENOÎT, Sdis 34

L'augmentation prévisible des décès (plus 30 % en 2050) dont la majorité (60 %) a lieu aujourd'hui en établissement de santé justifie les préoccupations des médecins d'urgence autour de la fin de vie et des réflexions qu'elle pose: quelle prise en charge du patient et de sa famille; peut-on limiter le transfert aux urgences? Deux situations sont envisagées: celle de soins palliatifs identifiées et celle de fin de vie non anticipée.

Les situations de soins palliatifs identifiées

Les symptômes cliniques réfractaires, la détresse des familles, la solitude ressentie: autant de facteurs de recours aux numéros d'urgence. Face à ces situations, des réponses peuvent être trouvées mais parfois, malgré les projets de vie initiaux, l'hospitalisation demeure la seule solution et ne peut être considérée comme un échec.

Les situations de fin de vie non anticipées

La solitude du médecin d'urgence est grande face à des situations cliniques de maladie chronique dont la phase terminale est difficile à déterminer, en particulier en préhospitalier. De plus, la famille est à la fois source d'appel et source de renseignement essentielle.

Enfin, la loi est sans doute impossible à appliquer: difficulté du repérage de la personne de confiance, peu de directives anticipées, collégialité souvent impossible et délai de réflexion...

Devant ces contraintes, le médecin n'a d'autre possibilité que le transfert aux urgences.

Conscients de ces évolutions, les médecins de l'urgence développent leur réflexion et leurs compétences dans la prise en charge de ces situations complexes et la collaboration avec les structures de soins palliatifs. ■

Présence des proches lors de la RCP

Auteur et orateur: Dr P. HERTGEN, médecin-chef Sdis 59, FNSPF

L'arrêt cardiaque (AC) constitue une urgence absolue face à laquelle les secours mettent en œuvre une prise en charge lourde. Durant celle-ci, une pratique fréquente consiste à écarter la famille de la victime – ou, plus largement, ses proches – du lieu de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Cette mise à l'écart des proches, généralement dans une pièce voisine, vise à épargner la vue de gestes médicaux invasifs à des personnes qui y sont peu préparées, dans un contexte émotionnel majeur. En outre, les sauveteurs s'estiment souvent plus libres de leurs actions lorsqu'ils savent qu'ils ne sont pas observés par des témoins qui pourraient assister à d'éventuelles difficultés techniques.

Cependant, cette mise à l'écart est peu justifiable. En premier lieu, elle contrevient à la liberté élémentaire de chacun d'aller et venir, notamment au domicile des personnes concernées. Elle heurte également un principe souhaitable de transparence de l'action des services publics. Elle laisse, enfin, entendre que les équipes de secours ont quelque chose à cacher derrière une porte close et peut susciter la suspicion.

Une étude randomisée* a montré que les témoins présentaient moins de troubles anxio-dépressifs après avoir été admis à assister à la RCP d'un de leurs proches. En outre, cette pratique n'augmente pas le stress des équipes soignantes, ne perturbe pas la réalisation des manœuvres de RCP et ne suscite pas plus de plaintes médico-légales. Il est donc recommandé de proposer aux proches d'une personne en AC d'assister à la RCP qui lui est apportée et de leur permettre ainsi d'observer que tout est mis en œuvre pour la ramener à la vie. D'une manière générale, la transparence des pratiques constitue un facteur de qualité. ■

*Jabre P. et al., *Family presence during cardiopulmonary resuscitation*. *N Engl J Med* 2013;368:1008-18.







Session psychologues

Triage psychologique : le bilan flash

Auteurs et orateurs : S. GOUJARD, psychologue ; M. LOOCK, étudiante université de Lille III, UFR de psychologie ; S. BOIS ; H. HAMMER ; A. PEILLON et H. POLICAR, étudiantes université catholique de Lyon, UFR de psychologie

L'ensemble de nos recherches, débutées en 2013, nous amènent à constater les risques psychosociaux auxquels les sapeurs-pompiers font face. Par exemple, le 25 juillet 2000, la catastrophe du Concorde a nécessité l'intervention d'une cellule d'urgence médico-psychologique aussi bien pour les victimes civiles que pour les sapeurs-pompiers. Il est important de prévenir ces risques mais aussi de mettre à disposition des professionnels encadrant les sapeurs-pompiers des outils permettant de détecter ou de diagnostiquer d'éventuels risques. Ce constat est à la base de la mise en place du bilan flash psychologique (BFP) qui se veut être un outil de mesure rapide et efficace pour évaluer à court terme l'état de l'intervenant afin de lui proposer un éventuel suivi psychologique. Cet outil repose sur la théorie du modèle CRASH d'Erik de Soir. Pour notre recherche, nous nous sommes intéressés uniquement aux victimes tertiaires (le personnel de secours) sur l'axe de la prévention primaire.

Nous avons mené une étude pour répondre à la question suivante : « *Le bilan flash psychologique permet-il d'évaluer, à la sortie d'une intervention, les états de stress, de dépression et d'épuisement physique d'un sapeur-pompier ?* »

Développement

Nous avons établi une ligne de base de 278 passations sur des interventions considérées comme « classiques » pour des

sapeurs-pompiers professionnels. Celles-ci ont été effectuées au retour d'intervention dans des centres d'incendie et de secours des Sdis 42 et 59, selon un protocole standardisé.

À la suite d'une analyse statistique descriptive, nous pouvons observer que lors d'interventions à caractère classique, le bilan est dans le vert à 94,5 % (soit 256 passations sur 271). Cela nous amène à penser que le bilan flash psychologique pourrait être un outil efficace permettant de détecter le stress opérationnel chez les sapeurs-pompiers par discrimination des scores. Ces résultats concourent à établir la ligne de base nécessaire à son utilisation. En outre, si nous examinons les résultats plus poussés analysés par statistiques inférentielles, il nous est possible de mettre en évidence une variation du score total en BFP, en corrélation avec une intervention jugée « anormale ».

Conclusion et perspectives pratiques

Les recherches futures, sous la direction de l'AEPSP, devraient permettre de conforter ces résultats actuels quant à la fiabilité de l'outil. Il s'agirait notamment, sur des interventions ayant nécessité l'intervention d'une Unité de secours psychologique (USP), de comparer le BFP avec d'autres tests déjà validés, ainsi que de mesurer son efficacité auprès des sapeurs-pompiers volontaires, non encore testée à ce jour. ■



Pascal Rossignol

Doctrine française du soutien psychologique aux sapeurs-pompiers

Auteur et orateur : **V. VERLINE**, expert psychologue, Sdis 42

En 2013, 209 officiers experts psychologues sont recensés dans les Sdis de France afin d'assurer le soutien psychologique aux sapeurs-pompiers. Comment ces Unités de secours psychologique (USP) fonctionnent-elles ?

De nos jours, dans la culture sapeur-pompier, la protection individuelle est une préoccupation centrale. Pour sauver, il faut se protéger. Les départements d'incendie et de secours ont pris conscience du fait que la protection physique ne suffisait pas et qu'il fallait prendre soin du psychisme afin de pouvoir mener à bien les missions de cette profession.

Pour sauver, il faut se protéger

Les sapeurs-pompiers sont quotidiennement exposés à une lourde charge mentale. Le rôle des experts psychologues sera de permettre aux professionnels de se préparer et de gérer psychologiquement ces contraintes professionnelles. Leur philosophie de travail repose sur différents principes, à de multiples niveaux. Les experts psychologues, qui s'inscrivent dans des équipes pluridisciplinaires, se présentent aux sapeurs-pompiers en tant que pairs. Ils se doivent de soulager la souffrance, mais également la prévenir et d'optimiser la résistance mentale des sapeurs-pompiers en opération.

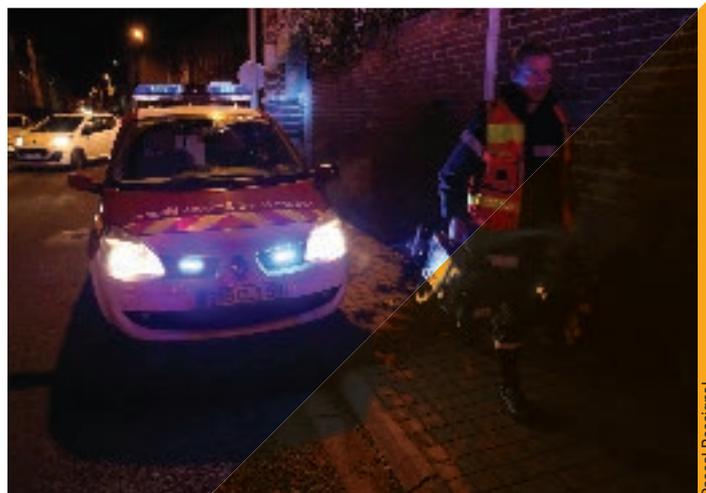
L'Association européenne des psychologues sapeurs-pompiers (AEPSP) propose, en tant que société savante, de travailler sur une coordination des actions de recherche. Elle formule des recommandations tant sur l'organisation, les pratiques, les formations que les domaines de prévention. L'association promeut ce domaine particulier qu'est la psychologie d'urgence et de catastrophe. Une participation active de ses membres permet une collaboration avec la FNSPF et l'Ensofp.

Les USP de France fonctionnent actuellement de manières très différentes les unes des autres mais poursuivent le même objectif : le soutien aux sapeurs-pompiers. Quels sont leurs domaines d'activité ? Quelle organisation peut-on proposer ? Quels outils d'analyse peuvent être utilisés lors de leurs interventions ? De quelle façon représentent-elles une aide lors des différents niveaux de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire ? Quels types de formations peuvent être mis en place dans ce cadre ?

Toutes ces questions, qui sont le propos de la doctrine française, font l'objet de réflexions et de recherches permanentes afin d'améliorer le soutien aux sapeurs-pompiers. ■



Pascal Rossignol



Pascal Rossignol

Le syndrome de stress post-traumatique : nouveautés et perspectives avec le DSM-5

Auteur et orateur : **E. DE SOIR**, psychologue sapeur-pompier zone Limbourg nord (Belgique), Institut royal supérieur pour la défense, département de la recherche scientifique et technologique pour la défense

Les deux modèles principaux de classification internationale des troubles mentaux sont le DSM – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (publié par l'*American psychiatric association*, APA), et la CIM – Classification internationale des maladies, éditée par l'Organisation mondiale de la santé.

La nouvelle version du DSM, le DSM-5, a été publiée le 27 mai 2013. Dans cette présentation, après un bref historique consacré aux syndromes post-traumatiques dans la taxonomie DSM, les modifications apportées à l'état de stress post-traumatique seront passées en revue et discutées à la lumière de la clinique.

Discussion

Tandis que le DSM-4 répartissait les 17 symptômes objectivant l'état de stress post-traumatique (ESPT) en trois clusters de symptômes (respectivement les clusters des reviviscences, des évitements et / ou l'émoussement de la réactivité générale et de l'activation neurovégétative), le DSM-5 propose quatre clusters, comptabilisant un total de 20 signes cliniques. Les altérations négatives des cognitions et de l'humeur viennent s'ajouter aux autres critères mieux connus.

Autre nouveauté majeure apportée à l'ESPT dans le DSM-5 : le diagnostic demande de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et / ou de déréalisation. Les flash-back et l'amnésie psychogène faisaient déjà partie intégrante du syndrome. Toutefois, certaines victimes manifestent d'autres signes de dissociation, justifiant l'introduction de cette spécification.

Autre changement important, l'élimination de la spécification liée à l'évolution de l'affection. Pour rappel, le DSM-4 établissait une distinction entre l'ESPT aigu (durée des symptômes entre un et trois mois) et l'ESPT chronique (persistance des symptômes au-delà de trois mois). Enfin, une autre innovation capitale sera présentée : l'introduction d'un sous-type « développement », l'ESPT préscolaire (*PTSD preschool subtype*), destiné aux enfants jusqu'à l'âge de six ans.

L'interaction entre l'orateur et les participants mènera à une réflexion sur l'utilité pratique du DSM-5 pour le travail spécifique dans les milieux des acteurs de l'urgence. ■



Antalgie préhospitalière par l'ISP : étude de l'efficacité du PISU* et du devenir des victimes admises aux urgences

Auteurs et orateurs : **J. MOUGIN ; A. LAVAL-PLOMMET ; P. CHUM**

Le SSSM 87 a mené une enquête pour apprécier l'efficacité de son protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) Antalgie et pour évaluer si l'usage préhospitalier de la morphine ou du MEOPA par l'ISP pouvait induire un retard à la sortie des urgences lors d'un traitement ambulatoire.

Méthodologie

Cette enquête s'est déroulée en deux temps : recueil de données à partir des fiches bilan des ISP, puis dans les dossiers des services d'accueil des urgences (SAU). Elle a concerné les interventions ayant eu lieu entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2011 et n'a retenu que celles pour lesquelles : l'ISP est intervenu seul ; la victime a bénéficié de MEOPA ou de morphine, puis a été évacuée vers un SAU « Adultes ». Au total, 271 dossiers ont été étudiés.

Résultats

Pour étudier l'efficacité du PISU, nous avons fixé différents critères d'évaluation. Un PISU est considéré comme efficace : s'il entraîne une diminution d'au moins 3 points sur l'EN par rapport à l'EN initiale ; s'il permet d'atteindre une EN finale ≤ 3 , quelle que soit l'EN initiale ; lorsque l'EN n'est pas réalisable, l'ISP a tracé des critères d'hétéro-évaluation en faveur d'une baisse de la douleur. Sur les 271 dossiers, 24 n'ont pu être analysés faute d'informations sur les fiches bilan ISP. Les résultats sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

	MEOPA	Morphine	Total
Efficace	89,9 % (116)	78 % (92)	84,2 % (208)
Inefficace	10,1 % (13)	22 % (26)	15,8 % (39)

Après l'efficacité des PISU, nous nous sommes intéressés au temps de passage aux SAU pour les victimes traitées en ambulatoire.

	MEOPA	Morphine	Total
Hospitalisation	205 min	257 min	243 min
Ambulatoire	226 min	232 min	196 min

Discussion

L'efficacité du PISU Antalgie, quelle que soit la composante, est avérée avec un taux global d'efficacité de 84,2 %.

En ce qui concerne le traitement ambulatoire des victimes, les temps moyens de passage étant quasiment identiques pour le MEOPA et la morphine, il apparaît que l'utilisation de cette dernière ne retarde pas la sortie de la victime.

Conclusion

Au sein du SSSM 87, nous étions persuadés de l'intérêt du PISU Antalgie ; cette étude a permis d'objectiver cet intérêt en mettant des chiffres sur des ressentis.

Les résultats obtenus confortent les choix du service et l'utilisation de la morphine par les ISP. En effet, notre étude montre, d'une part, que la morphine est utilisée à bon escient et, d'autre part, que par sa bonne utilisation, on ne retarde pas la sortie des victimes relevant d'un traitement ambulatoire. ■

*Protocole infirmier de soins d'urgence.

Devenir un organisme de développement professionnel continu ; procédure présentée par le SSSM 06

Auteurs et orateurs : **M. BOUE ; F. NEVACHE**

Le SSSM du Sdis 06 a fait le choix, en 2013, de devenir un organisme de développement professionnel continu (ODPC) dans le cadre de son plan de formation. Nous allons décrire la méthodologie de construction de notre dossier d'évaluation.

Matériel et méthode

Procédures d'enregistrement et d'évaluation d'un ODPC :

- enregistrement : il s'effectue pendant l'ouverture d'une phase de déclaration d'éligibilité (une période précise prévue par arrêté ministériel, les premières ont débuté en 2013 – du 1^{er} au 30 juillet par exemple). L'organisme de formation qui se porte candidat pour devenir ODPC crée un compte sur l'Extranet OGDPC dédié aux organismes de formation.
- Évaluation : il conviendra de mettre en lien celle des pratiques professionnelles (EPP) et la (ou les) formation(s) proposée(s). Ce programme doit répondre à une orientation nationale de santé (arrêté du 26 février 2013). Le profil des intervenants doit être décrit et commenté (experts, concepteurs de formations, formateurs). Concernant le contenu des formations, il sera contrôlé par une commission scientifique dédiée. Notre service a été évalué par les commissions de médecins, de pharmaciens et d'infirmiers. Nous avons obtenu la certification ODPC, valable pour une durée de cinq années.

Discussion

Les critères d'évaluation d'un organisme candidatant pour devenir ODPC sont définis dans un arrêté daté du 19 juillet 2013.

Le critère de l'indépendance financière de l'ODPC à l'égard de l'industrie pharmaceutique est un élément majeur de l'évaluation. Concernant l'ingénierie pédagogique, il est important de mettre en avant que la (ou les) formation(s) proposée(s) est (sont) en lien avec l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) faite au sein du service. Par exemple, pour nos infirmiers, dans le cadre des formations « protocoles infirmiers de soins d'urgence », l'un des éléments que nous avons présentés comme EPP a été le volet de la prise en charge de l'ACR au travers de notre Registre départemental de suivi et d'évaluation de la prise en charge de l'ACR, précédemment validé par l'HAS et la faculté de médecine de Nice Sophia-Antipolis.

Conclusion

La construction du dossier d'ODPC est une démarche administrative lourde nécessitant un suivi conséquent. Notre plan de formation, qui touche majoritairement une population de médecins et d'infirmiers volontaires, permet aussi de valider leur obligation annuelle de DPC. C'est donc un critère supplémentaire d'attractivité pour nos formations. L'obtention du label ODPC nous a aussi permis de construire un plan de formation plus performant. Cette approche nous convient tout à fait parce qu'elle participe à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins apportés aux victimes. ■

Efficacité de la décontamination des cheveux après exposition aux agents des risques NRBC : exemple du VX

Auteurs et orateurs : D. JOSSE ; J. WARTELLE ; C. CRUZ

Introduction

La décontamination de la surface corporelle fait partie des mesures d'urgence à mettre en œuvre le plus rapidement possible après une exposition aux agents NRBC. Elle comprend la décontamination d'urgence et la décontamination approfondie. Cette dernière est réalisée par aspersion d'eau sur l'ensemble de la surface corporelle des victimes déshabillées. Le bénéfice et l'efficacité de la décontamination de la peau ont été démontrés, y compris au-delà de 30 min après exposition aux agents persistants. Cependant, ces travaux n'ont pas pris en compte la décontamination des cheveux dont la capacité à piéger les contaminants, y compris en phase vapeur, n'est pas négligeable.

L'objet de ce travail est (1) de mettre au point un modèle *in vitro* permettant d'évaluer l'efficacité de la décontamination des cheveux, (2) de déterminer si les protocoles actuellement recommandés sont efficaces pour la décontamination des cheveux exposés à l'agent neurotoxique organophosphoré VX.

Matériel et méthode

Des mèches de cheveux ont été contaminées par une gouttelette de VX. L'efficacité de plusieurs protocoles de décontamination mis en œuvre 30 min (terre à foulon [TAF] ou RSDL) et 60 min (douche) après exposition a été évaluée et comparée :

- (P1) traitement par la TAF (10 g), puis douche (2 l/min pendant 1 min) avec eau (34 ± 1 °C) ;
- (P2) traitement par la TAF, puis douche avec eau + détergent (0,5 %) ;

- (P3) traitement par la lotion RSDL (20 g), puis douche avec eau ;
- (P4) traitement par la lotion RSDL, puis douche avec eau + détergent ;
- (P5) douche avec eau ;
- (P6) douche avec eau + détergent.

Résultats

L'efficacité de la décontamination des protocoles testés a été au minimum de 72 % (P5) et au maximum de 98 % (P1). L'utilisation de terre à foulon ou de RSDL avant la douche a amélioré l'efficacité de la décontamination. L'essuyage des cheveux après la douche a déplacé jusqu'à 3 % de la contamination.

Discussion

Nos résultats établis avec un modèle *in vitro* montrent que le VX est relativement persistant au niveau des cheveux contaminés. L'ajout d'un détergent à l'eau n'a pas significativement amélioré l'efficacité de la décontamination. La combinaison de la décontamination au moyen de terre à foulon ou de RSDL à la douche permet d'améliorer l'efficacité de la décontamination.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que le protocole de décontamination de masse actuellement recommandé par la Sécurité civile sur la base des études européennes est relativement efficace pour la décontamination des cheveux. Des études complémentaires conduites *in vitro* sur d'autres agents NRBC et sur volontaires en utilisant des simili non toxiques de ces agents seront conduites pour confirmer ces résultats. ■

Facteurs psychologiques du « burnout » et des blessures chez les sapeurs-pompiers professionnels

Auteurs et orateurs : J. VAULERIN ; S. S. COLSON ; S. SCOFFIER-MERIAUX ; M. EMILE ; F. D'ARRIPE-LONGUEVILLE

Introduction

Le métier de sapeur-pompier requiert des capacités physiques et émotionnelles (Orris *et al.* 1995) pouvant conduire à d'importantes contraintes musculo-squelettiques (Reichelt & Conrad 1995), des risques cardiovasculaires (Melius 1995), du *burnout* (Shirom & Melamed 2006) et des blessures, majoritairement localisées sur le membre inférieur (Bos *et al.* 2004). Si les relations entre le *burnout* et les blessures chez les sapeurs-pompiers ont été étudiées (Williams & Andersen 1998), les mécanismes psychologiques sous-jacents sont méconnus. L'objectif de cette étude a donc été d'examiner les relations entre différents facteurs psychologiques (i.e., traits de personnalité et buts d'accomplissement), le *burnout* et les blessures chez les sapeurs-pompiers.

Méthode

Ce sont 220 SP du Sdis 06, âgés de 20 à 62 ans (Moyenne = 36.23 ; ET = 6.94) qui ont participé volontairement à cette étude. Plusieurs variables ont été mesurées : (a) blessures (nature et localisation) ; (b) *burnout* professionnel (i.e., lassitude cognitive, épuisement émotionnel et fatigue physique, SMBM ; Shirom & Melamed 2006) ; (c) traits de personnalité (BFI-Fr ; Plaisant *et al.* 2010) ; et (d) buts d'accomplissement (*Approach and avoidance questionnaire for sport and physical education* ; Cury *et al.* 2006).

Résultats

Nos résultats indiquent que l'entorse (98 %), localisée majoritairement sur le membre inférieur, est la principale blessure recensée chez les SP. Des régressions multiples linéaires montrent que la lassitude cognitive est reliée positivement à la blessure. De plus, l'ouverture aux expériences et le caractère consciencieux prédisent négativement la fatigue physique par l'intermédiaire des buts de maîtrise-approche, tandis que le névrosisme prédit positivement la fatigue physique, l'épuisement émotionnel et la lassitude cognitive, par le biais des buts de maîtrise-évitement. Ces variables expliquent entre 10 et 18 % de la variance du *burnout* et 27 % de la variance des blessures.

Conclusion

Cette étude montre que la composante « lassitude cognitive » du *burnout* est un facteur de risque de la blessure des SP. L'ouverture aux expériences, le caractère consciencieux et les buts de maîtrise-approche seraient des facteurs protecteurs du *burnout*, alors que le névrosisme et les buts de maîtrise-évitement seraient des facteurs de risque. Cette étude permet d'étendre au contexte des SP les relations entre les traits de personnalité et le *burnout* déjà observés dans d'autres domaines (Mccall 2002). Elle présente, par ailleurs, l'originalité de montrer que les traits de personnalité sont associés au *burnout* par le biais des buts d'accomplissement. Il importe donc de tenir compte de l'ensemble de ces facteurs psychologiques dans la prévention du *burnout* et des blessures chez les sapeurs-pompiers. ■

Le tube laryngé : un moyen simple, rapide et facile d'apprentissage pour la gestion des voies aériennes par les infirmiers

Auteurs et orateurs : A. GAMELIN ; G. JANKOWIAK ; R. MYLLER ; D. BRIEMANT ; P. DUPEZ ; S. DUSEAU ; D. FRANÇOIS ; O. HENNEL ; T. KEIRLE ; V. LAGACHE ; V. LECOEVRE ; Y. LECRAS ; B. NION ; D. FONTAINE ; P. HERTGEN

Introduction

Le tube laryngé (TL) est inclus dans les recommandations internationales comme alternative à l'intubation lors de l'arrêt cardiaque. Plusieurs études démontrent son efficacité et sa simplicité d'utilisation. Dans le cadre de protocoles de soins d'urgence (PSU), il a été décidé de doter des infirmiers sapeurs-pompiers (ISP) de ce système pour permettre une ventilation efficace en attendant un renfort médical. Cette étude est un travail sur mannequin visant à évaluer la capacité des infirmiers diplômés d'État (IDE) à l'utiliser après une courte formation.

Matériel et méthode

Aucun détail n'était connu des ISP avant l'étude. Après une formation théorique d'une heure, identique pour tous, les participants devaient prendre en charge les voies aériennes d'une tête d'intubation, en position neutre, à l'aide d'un TL avec dispositif de drainage de taille 4 (LTS-D, société VBM, Allemagne). Au début du test, le TL, la seringue vide et un ballon auto-remplisseur étaient posés sur la table. Les données collectées étaient : le temps nécessaire pour l'insertion (début du chronométrage lorsque l'ISP prenait le TL en main et fin lors de la visualisation d'une expansion complète et symétrique des poumons artificiels), le nombre d'essais et les éventuelles erreurs ou corrections apportées. Les données démographiques et la connaissance préalable étaient notées.

Résultats

Ce sont 174 infirmiers qui ont participé à l'étude, dont 51 % de femmes et 49 % d'hommes. L'âge moyen était de 34 ans. 87 % étaient IDE, 8 % infirmiers d'anesthésie diplômés d'État (IADE), 2 % puéricultrices et 3 % cadres de santé. 35 % d'entre eux travaillaient dans des services d'urgences/Smur, 7 % au bloc opératoire, 26 % en réanimation et 16 % avaient une activité libérale ; les autres exerçaient dans des services de médecine, de chirurgie ou en institut de formation en soins infirmier (IFSi). Un tiers des ISP connaissait le dispositif d'un point de vue purement théorique avant la formation et 10 % l'avaient déjà utilisé (sur mannequin ou en situation réelle).

Le temps moyen d'insertion était de 17,53 secondes \pm 5,95 (min : 9, max : 40, Q1 : 13, Q3 : 21). Dans 170 cas sur 174, le TL était inséré correctement dès le premier essai. Dans quatre cas, un second essai était suffisant. Aucun échec ne fut rencontré. Des instructions orales complémentaires ont été nécessaires dans 22 cas (12,6 %), le plus souvent pour pallier une insertion insuffisamment profonde (sept cas). Tous les participants ont trouvé le dispositif simple, confortable et se sentaient prêts à l'utiliser en situation réelle sans appréhension particulière.

Discussion

Le TL apparaît comme un dispositif simple à utiliser, même après une formation courte purement théorique. Son utilisation, qui est très intuitive, permet d'offrir une ventilation efficace ainsi qu'une protection des voies aériennes en quelques secondes. Le taux de réussite est proche de 100 %. L'utilisation de ce dispositif par les infirmiers sapeurs-pompiers semble pouvoir se justifier dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque dans le cadre de PSU. ■

Mise en place d'une grille d'aide au traitement des appels « SAP » par les opérateurs du CTA / Codis

Auteurs et orateurs : Dr L. DROIN, Sdis 69 ; Inf J. FOUQUES (SDMIS)

Introduction

Le traitement des appels de secours aux personnes (SAP) au CTA / Codis était variable selon l'opérateur prenant l'appel, l'heure du traitement (jour / nuit, heures de repas, fin de la période de garde, heure d'affluence...) et le motif de l'appel. De plus, très peu de conseils étaient donnés par les opérateurs (refroidissement de brûlures, compression de plaie, MCE...). Il a été décidé de mettre en place un outil pour uniformiser le traitement de ces appels.

Matériel et méthode

Un groupe de travail – réunissant un médecin urgentiste, l'infirmier cadre responsable des officiers santé au Codis, deux opérateurs, un informaticien et l'officier responsable du Codis – est créé. On rédige une grille d'aide au traitement des appels « SAP » permettant à l'opérateur, en quelques questions, de déterminer le motif de l'appel et les signes de gravité potentiels. La grille guide ensuite l'opérateur pour la prise de décision (envoi VSAV \pm moyen SSSM, demande de Smur, régulation, orientation vers un autre service...) et pour les conseils éventuels à donner au requérant. Après plusieurs tests et remaniements, puis la formation des opérateurs (nouveaux arrivants et plus anciens, ayant parfois passé plusieurs années au Codis), la grille est mise en place et évaluée après huit semaines d'utilisation.

Résultats

La grille, non obligatoire mais « fortement recommandée », est finalement utilisée par tous les opérateurs. Elle est ressentie par eux comme :

- un justificatif à la décision de l'opérateur lors de discordances avec la régulation du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 ;
- très souvent contournée lors des appels avec DV évidente (ACR, arme à feu, pendaison, noyade, AVP...) où elle est considérée comme un retard au traitement ;
- très utile lors des appels « bâtards » (pathologies médicales sans DV évidente et obstétrique principalement).

Discussion

Les opérateurs, d'abord très réticents (les nouveaux entraînent les plus anciens), ont fini par tous utiliser la grille et par reconnaître son intérêt, malgré un temps d'appropriation de l'outil plus ou moins long. L'aspect « non-obligatoire mais fortement recommandé » est important. La démarche a permis une uniformisation progressive des traitements des appels « SAP ».

Conclusion

Cette grille a constitué un apport majeur dans la qualité des traitements des appels « SAP » : uniformisation, gain de temps, réassurance des opérateurs et amélioration de la qualité des informations transmises aux effecteurs. Elle a permis le positionnement du SSSM comme « expert » auprès des opérateurs. Ne faudrait-il pas réfléchir à l'utilité d'une grille « nationale » ? ■



Société d'Aménagement et
d'Équipement du Gard

442 rue Georges Besse 30035 NIMES
Tél. 04 66 38 23 40 - www.lasegard.com

Une éthique et un savoir-faire au service des politiques territoriales.

Centre de ressources en ingénierie territoriale, Assistant à Maîtrise d'Ouvrage, Aménageur, Constructeur et Promoteur, la Segard porte une dynamique ambitieuse tant pour les projets relevant de la sphère publique que ceux d'ordre privé.

Elle place son action dans la prise en compte de l'intérêt général et du développement durable. Elle se mobilise sur le long terme dans une démarche de partenariat avec un souci de transparence, de responsabilité et d'efficacité.

Son équipe pluridisciplinaire apporte expertises et compétences avec réactivité et disponibilité.



PERF SANTÉ, Pôle d'Excellence de Recherche et de Formation des professionnels de santé

Dispense des formations médicales et paramédicales (ODPC)

1^{er} organisme privé de formation à pratiquer la **simulation en santé sur mannequin haute-fidélité** in situ (en milieu naturel, en conditions extrêmes) et dans les contextes de travail des formés.

Spécialisé dans la formation des prises en charge de l'urgence (en milieu naturel ou hostile, lors de la médicalisation d'évènements sportifs outdoor...

AFGSU – antenne CESU 77

Site internet : www.perfsante.com / Mail : contact@perfsante.com

Tél : 04 37 49 18 06 ou 06 08 06 10 55



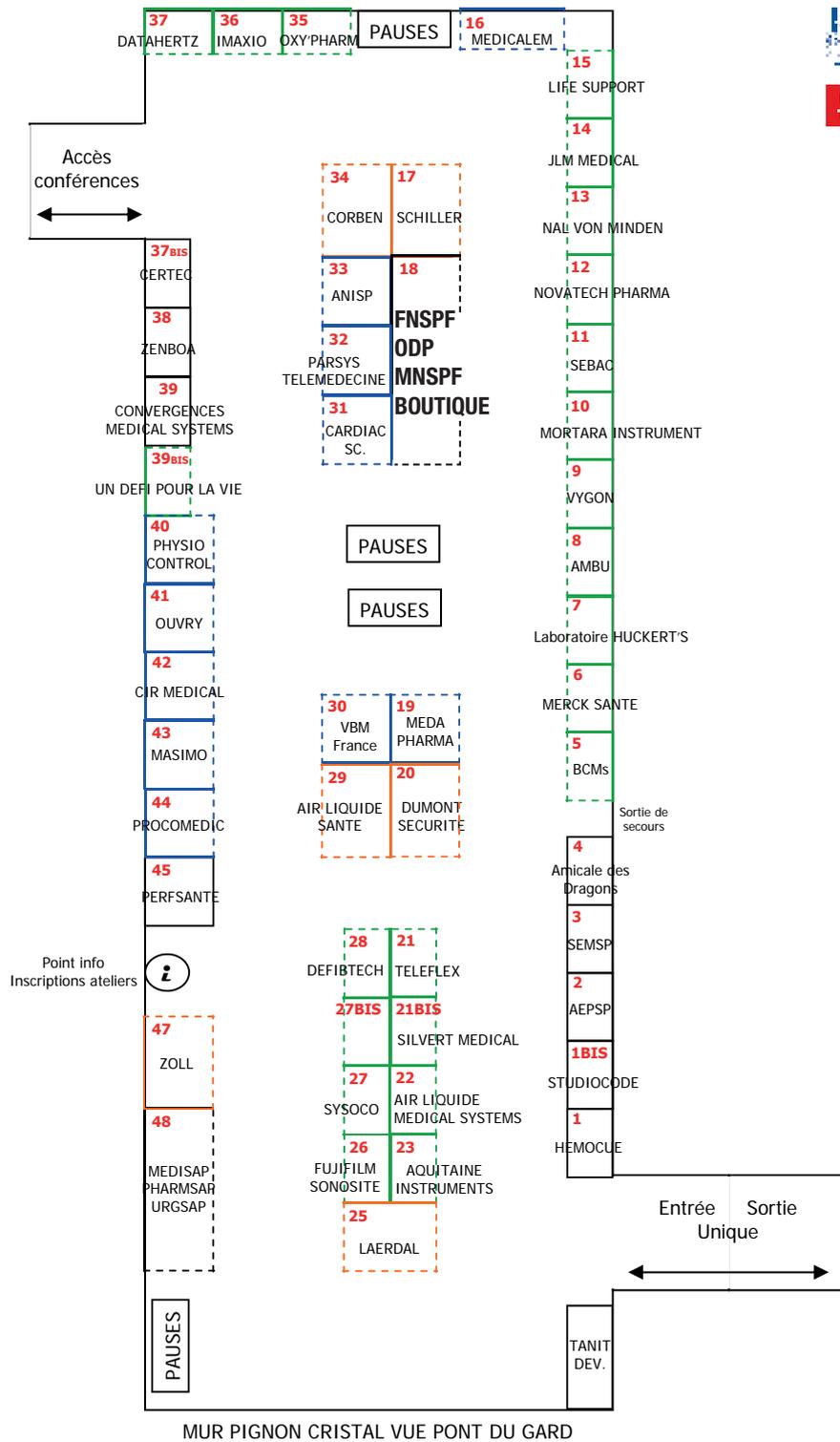
Notre savoir-faire et les meilleurs produits de notre région à votre service

CABIRON
TRAITEUR

Tél : 04 67 65 48 02
traiteur@cabiron.com
www.cabiron.com



Sous les lignes, prudence :
restons à distance.



Plan



TELECOMMUNICATIONS
OPERATEUR FIXE ET MOBILE
RESEAUX INFORMATIQUES
INFORMATIQUE
FIBRE OPTIQUE
COURANTS FAIBLES



SIEGE SOCIAL: 148 rue du Grand Gigognan - ZI Courtine Ouest - BP 10976 - 84093 AVIGNON Cedex 9

Tél: 04.90.85.33.00 www.sudtelecom.fr

AGENCES: Nîmes: 04.66.36.06.88 Aix en Provence: 04.42.39.46.39 Manosque: 04.92.72.07.07

AMICALE, UNION, FÉDÉRATION

Adhérer, c'est :

- ☑ Faire vivre la communauté sapeur-pompier
- ☑ Faire entendre votre voix
- ☑ Intégrer le réseau social et solidaire fédéral
- ☑ Bénéficier du complément de protection sociale en et hors service
- ☑ Bénéficier d'une assistance juridique
- ☑ Participer aux compétitions sportives et être assuré en cas d'accident
- ☑ Partager et échanger
- ☑ Maintenir les liens entre générations
- ☑ Accéder aux nombreux avantages réservés aux adhérents



Laurent Lacombe



P. Forget / Sagaphoto



Jean-Luc Barrier



P. Forget / Sagaphoto



Retrouvez la liste complète des offres sur www.pompiers.fr

COMMENT EST UTILISÉE VOTRE COTISATION FÉDÉRALE ?



- 0,15 € : Soutien à l'ODP
- 0,45 € : Congrès national et compétitions sportives
- 0,95 € : Conseil et protection juridique
- 1,45 € : Travaux des commissions
- 1,75 € : Autres (salaires des personnels de la FNSPF)
- 1 € : Information et communication
- 1,90 € : Défense des intérêts des SP
- 2,85 € : Fonctionnement courant (entretien de la Maison des SP, frais médailles et cartes d'adhérents, etc.)
- 0,40 € : Dotations Éditions

Montant de 10,90 euros, soit la cotisation d'un membre actif pour l'année 2014.



SGF

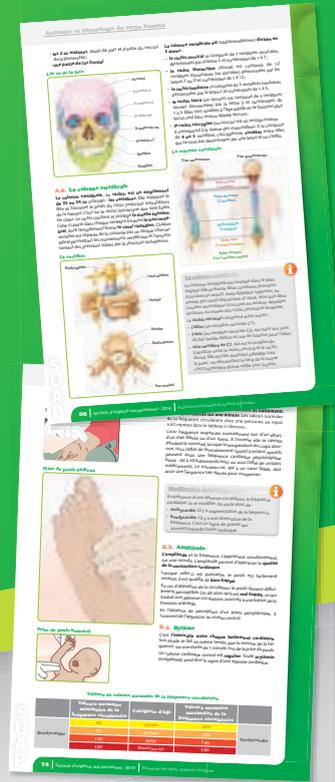
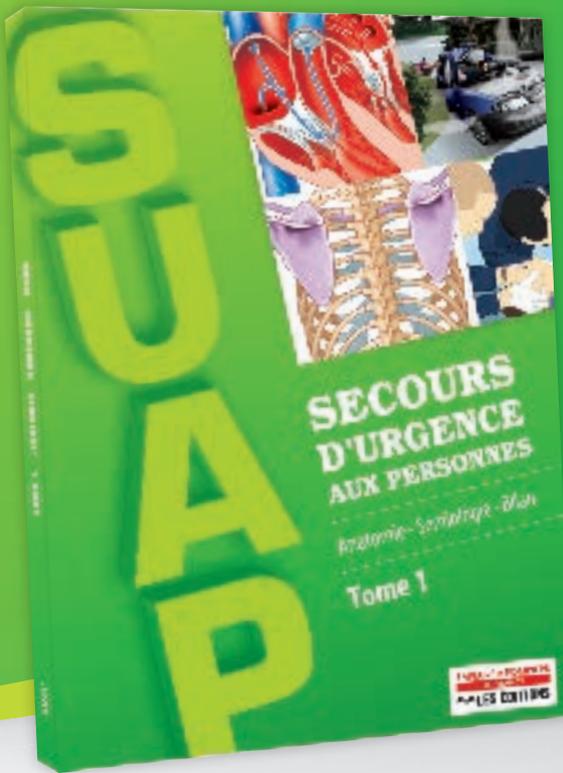
février 2015

SECOURS D'URGENCE AUX PERSONNES

Anatomie - Sémiologie Bilan

Tome 1

Tomes 2 et 3 à paraître



Ce premier tome s'articule autour du bilan, élément fondamental de toute intervention de secours d'urgence aux personnes, et apporte les connaissances d'anatomie et de physiologie nécessaires à la compréhension du fonctionnement du corps humain. Ce savoir est directement mis en application lors de l'examen de la victime, la sémiologie permettant l'acquisition des techniques de recherche des signes qui sont à restituer dans le bilan.

Le sapeur-pompier confronté ponctuellement à l'urgence trouvera dans cet ouvrage les principes de son action dans la recherche des signes ; les autres, plus aguerris, conforteront leur pratique et la compréhension de leurs actions, notamment par les liaisons avec le deuxième tome, dédié aux pathologies.

Cette collection présente les principes indispensables au sapeur-pompier pour intervenir dans une mission de secours d'urgence aux personnes. Le deuxième tome traite des pathologies auxquelles les sapeurs-pompiers sont confrontés. Le dernier tome regroupe sous la forme de fiches techniques les conduites à tenir en intervention.

Les +

- Conforme aux nouveaux programmes
- Planches anatomiques incluses
- Des outils pratiques à la réalisation du bilan



Édition 2015
104 pages
Format : 19 x 26 cm
**RÉF. : LISUAP
19 € TTC**

Pour commander, rendez-vous sur www.laBoutiqueOfficiellePompiers.fr ou remplissez le bon de commande :

Réf. : LISUAP	Désignation - Article	Quantité	Prix

À renvoyer complété et accompagné de votre règlement, chèque ou mandat cash libellé à l'ordre de La Boutique officielle des sapeurs-pompiers de France, à notre adresse.

La Boutique Officielle des Sapeurs-Pompiers de France
Service clients - 7, rue Roland Martin
94500 Champigny-sur-Marne

Total TTC :
Total + frais
de port :

Nom de l'établissement :

Nom - Prénom :

Adresse :

Code postal et Ville :

Tél. (obligatoire) : Email :

Montant des frais de gestion et de port	
France et Corse	Montant de la commande
8 €	jusqu'à 50 €
11 €	de 51 à 120 €
16 €	de 120 à 490 €
franco	490 € et plus

DOM TOM nous consulter



la Région
Languedoc
Roussillon

NotreRegionEstUneForce.fr

SUD DE FRANCE

**FÉDÉRER
LES SAVOIR-FAIRE DU
LANGUEDOC-ROUSSILLON,
C'EST CONQUÉRIR DE
NOUVEAUX MARCHÉS ET AGIR
POUR L'EMPLOI**

Les meilleurs produits et services du Languedoc-Roussillon
ont une marque : Sud de France.

*Notre Région
est une force*