

ation, organisation des filières de soins et rationalisation des interventions des sauveteurs qui font l'objet d'une spécialisation: la médecine de catastrophe, enseignée en université. La Société Française de Médecine de Catastrophe regroupe les personnels de santé intéressés par le développement et l'approfondissement de cette spécialité médicale et assure le retour d'expérience..

Summary in English: The French specificity of the medical disaster organisation is the rapid engagement of emergency and disaster medicine physicians from the field to the hospitals with a medical chain commanded by a chief medical duty officer. The physicians are prepared by a university capacity in disaster medicine.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s110-s111

Le concept de triage en France

Luc A. Ronchi

Centre Hospitalier, SAINT-NAZAIRE, France

Le concept de triage a vu le jour au sein des formations militaires, lorsque l'afflux des blessés a saturé les moyens médicaux disponibles sur le « champ de bataille ». Il a fallu, sous la contrainte, quitter ce qui fonde la quintessence de la relation soignant-soigné, à savoir une prise en charge individualisée et détaillée, pour aller vers une prise en charge encadrée par des procédures dont l'objectif est de privilégier le nombre par rapport à l'individu.

Ont ainsi été établies des grandes catégorisations de victimes, basées principalement sur le distinguo entre urgences absolues qui vont nécessiter des gestes rapides, simples, rentables en terme global de survie, et urgences relatives qui pourront bénéficier de mesures conservatoires simples dans un premier temps.

Ce concept binaire (auquel se rajoutent les « morituri ») se voit actuellement affiné au sein d'une évaluation globale de la situation dans un contexte de médecine de catastrophe, prenant en compte la nature de l'événement, le nombre et le rythme d'afflux des victimes, la nature qualitative et quantitative des moyens soignants disponibles.

On aboutit ainsi à un affinement du concept, adapté à son contexte, l'objectif ultime demeurant l'optimisation de l'utilisation de la ressource soignante au profit des victimes prises en charge.

Summary: Triage was born among military units. It aims at optimizing medical resource to healthcare needs in a disaster situation.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s111

La gestion des populations dans les feux de forêts en Europe méditerranéenne

Jean-Yves Bassetti

WADEM French Society of Disaster Medicine, Narbonne, France

Les sinistres forestiers demeurent un fléau pour les populations ainsi en Europe méditerranéenne, 97 personnes ont perdu la vie et 900 000 hectares de forêts ont été la proie des flammes en 2007.

La prise en charge de ces sinistres comprend la connaissance technique du feu et la gestion des populations agressées.

Il doit exister une synergie entre la stratégie opérationnelle et l'analyse des techniciens du feu et le soutien sanitaire organisé par le Service de santé des Sapeurs-Pompiers.

L'évolution des technologies et des formations appliquées permet de mieux définir les critères de décision d'évacuation ou de confinement des populations pour éviter des déplacements anarchiques d'habitants.

L'anticipation, essentielle dans l'action de secours, s'appuie sur l'analyse de la dynamique du feu, des conditions météorologiques, des combustibles potentiels, des cheminements éventuels et de l'interface habitats/forêts.

La mise en œuvre d'une structure sanitaire spécifique permettra d'atteindre deux objectifs:

1. le traitement des urgences, conséquences de l'évolution temporo-spatiale du feu de forêt avec trois pathologies prédominantes, traumatologie, brûlures et troubles respiratoires liés à l'hypoxie et à l'inhalation des effluents issus de la combustion de certaines essences
2. le soutien sanitaire de la population avec une prise en charge de type dispensaire pour les pathologies quotidiennes, les conseils en hygiène alimentaire et corporelle et le soutien psychologique une population meurtrie à la recherche de ses repères.

La définition de protocole d'actions est essentielle et permet de normaliser les matériels et les procédures pour une meilleure efficacité dans la prise en charge des sinistres.

La gestion d'une population dans un feu de forêt répond à des critères techniques précis s'appuyant sur une doctrine classique de médecine appliquée aux désordres sanitaires en situation d'agression majeure.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s111

Le Poste de Secours Médical Avancé, un outil de gestion de crise pour le SAMU de Guyane

Gerald Egmann,¹ Jean Laversanne,¹ Thierry le Guen,¹ Michel Durand,² Antonio Guell³

1. SAMU de Guyane, Cayenne, France
2. Thales Alenia Space Company, Cannes, France
3. Centre national d'Etudes Spatiales, Paris, France

Introduction: La Guyane, Département Français d'Amérique, est un territoire faiblement peuplé, recouvert à 90% par une forêt équatoriale dense. L'accès des moyens de secours et les voies de télécommunications sont des problématiques récurrentes pour les équipes médicales d'intervention.

Méthodes: Le SAMU de Guyane a développé avec l'aide du Centre National d'Etudes Spatial et la société Thalès, le Poste de Secours Médical Avancé (PSMA), un outil de gestion de crise d'une haute technicité, autonome et tropicalisé, facilement déployable en zone sinistrée ou isolée. Ce PSMA se présente sous la forme d'un container à bagage acheminable par air, par mer ou par voie terrestre, contenant des moyens de communications (VHF et satellite) et des applications périphériques pouvant être mises en place simplement par une équipe restreinte et autonome.

Résultats: Testé lors de trois simulations en terrain isolé, le PSMA a démontré ses capacités de transmission, de coordination de la chaîne médicale des secours grâce à ses réseaux de communications, à sa station portable de télémédecine pour le triage des victimes, au système de marquage et de suivi de patients en nombre (système de code barres) et de soutien potentiel d'un hôpital de campagne.

Conclusion: Au total, la Guyane française et son Service d'Aide Médicale d'Urgence disposent d'un outil tropicalisé de gestion de crise facilement projetable.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s111-s112

Les secours transfrontaliers, de la catastrophe de Sandoz à Regio-kat et Epi-Rhin dans la région du Rhin supérieur

Francis Levy

WADEM, Colmar, France

La haute vallée du Rhin, carrefour entre l'Allemagne, la Suisse et la France a connu des accidents qui ont été les fondateurs d'une politique de coopération dont le célèbre incendie chez Sandoz à Schweitzer Halle le 1 novembre 1986 a été le point de départ.

Un groupe de travail "Entraide en cas de catastrophe" de la Conférence du Rhin supérieur a été chargé du renouvellement des accords transfrontaliers en matière d'information et de renforcement de la sécurité des réseaux de communication, l'organisation des exercices de secours transfrontaliers. Il prépare des exercices et se consacre à l'amélioration continue de la coopération tri nationale des dirigeants responsables des unités d'intervention pour coopérer sur les lieux de la catastrophe.

EPI-RHIN est composé des responsables tri nationaux des services de santé publique pour le risque sanitaire. Un système d'alerte décentralisé a été créé, permettant la transmission de l'information sur les maladies contagieuses. Afin de pourvoir aux difficultés de l'aide médicale urgente transfrontalière des cartes des sites des établissements spécialisés et des équipements lourds ont été faites. Leur objectif est d'utiliser pleinement la capacité de ces établissements au quotidien et lors de catastrophes.

L'organisation d'exercices d'intervention est un élément central pour vérifier les procédures et les conventions liées à l'entraide transfrontalière en cas de catastrophe et d'identifier les améliorations nécessaires. C'est dans ce contexte que s'est déroulé le 23 septembre 2006 l'exercice, REGIO CAT 2006" avec pour scénario une collision entre un navire de passagers transportant près de 400 personnes et un bateau-citerne chargé d'essence. La coopération transfrontalière en matière de secours dans l'espace que représente le Rhin supérieur devient au quotidien une réalité en matière de secours et de soins, c'est la seule manière d'appréhender des risques lors de catastrophes qui sont aujourd'hui totalement transfrontalières.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s112

Apports de la régulation médicale à la qualité des soins d'urgence

Bernard Nemitz

University of Amiens (France), Amiens, France

Une des principales particularités du dispositif français de l'aide médicale urgente est l'intervention systématique d'un médecin régulateur dans la réponse apportée à tous les appels médicaux d'urgence reçus dans les 100 centres de réception et de régulation des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) répondant au numéro national 15.

L'ensemble du territoire français est ainsi couvert par ce dispositif qui permet à toute personne confrontée, comme patient ou comme témoin, à une situation d'urgence médicale, réelle ou simplement ressentie comme telle, d'exposer, par un dialogue avec ce médecin régulateur, les symptômes ressentis ou observés puis de recevoir de sa part les conseils médicaux et, le cas échéant, les moyens d'intervention d'urgence qui lui paraîtront les plus appropriés. Ces moyens vont de l'envoi d'une équipe d'ambulanciers ou de pompiers à l'intervention, par voie terrestre ou aérienne, d'une équipe médicale mobile de réanimation

Les principaux apports de cette régulation médicale des appels d'urgence à la qualité des soins sont :

1. de permettre la meilleure adéquation possible entre la réponse apportée et la nature de l'urgence médicale,
2. de permettre le suivi médical de l'intervention et la mise en œuvre, le cas échéant, de moyens médicaux supplémentaires qui s'avèreraient secondairement nécessaires,
3. de favoriser la préparation de l'accueil hospitalier du patient en situation de détresse,
4. de garantir le secret médical au patient bénéficiant de l'appel d'urgence.

Summary in English: In France all calls received on 15, the national medical emergency phone number, are medically dispatched. This medical dispatch tend to offer better security to the caller and proper adaptation of the response to the emergency with respect of medical secrecy.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s112

A propos de 22,000 utilisations de défibrillateurs semi-automatiques par les sapeurs pompiers français

Henri Julien

Paris, France

En 2005, une enquête sur 22 373 utilisations de DSA par les sapeurs pompiers avec centralisation des données sur un serveur dédié unique.

Une première analyse sur 14 195 dossiers a montré: un sexe ratio de 65,9% pour les hommes (âge moyen de 63 ans \pm 9) et de 71 ans (\pm 9) pour les femmes. Le pourcentage de fibrillations ventriculaires est lié au délai écoulé entre l'accident cardiaque et la mise en œuvre du DSA. Pour un délai d'intervention de 14 minutes mesuré dans une cohorte de 8 112 patients, le taux de fibrillation est de 21,4%. 28% ont récupéré une activité cardiaque spontanée et ont été transportés à l'hôpital. 296 patients ont moins de 20 ans avec 18,2% de F.V., le maximum est de 71,45% pour les 9 et 10 ans.