



**DOSSIER :**  
ET SI L'URGENCE ÉTAIT LA PRÉVENTION ?

**ACTU 1 :**  
PLFSS 2026

**ACTU 2 :**  
GRÈVE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

**ACTU 3 :**  
2025 VU PAR L'OMS

**POINT DE COURS :**  
LE PATIENT DRÉPANOCYTAIRE AU  
SAU

**PÊLE-MÊLE :**  
L'OCCLUSION INTESTINALE, LE  
REGARD DU RADIOLOGUE

**AGENDA**

**RECOMMANDATIONS  
CULTURELLES**

**IDÉE RECETTE**

**PARTENAIRES**



## **L'EDITO**

Bonjour à tous,

Je me présente, je m'appelle Thomas Robins et suis interne de DESMU en phase socle en Ile de France. Je suis le nouveau VP Magazine de l'AJMU. Avant toute chose, je souhaiterais remercier Faustine pour son investissement sans faille et les nombreux magazines qu'elle a pu publier ! Vous la retrouverez pour l'édition du congrès national de médecine d'urgence de juin 2026 et dans les prochains numéros car croyez bien que je m'inspire très fortement de son travail et de ses conseils pour écrire!

Mon ambition est de vous emmener, au fil des magazines de cette année, dans un parcours explorant la médecine d'urgence et la Santé avec un grand S. J'aborde cette dernière dans une perspective globale, bien au-delà du monde strictement médical, car je suis convaincu qu'elle fait partie intégrante de notre quotidien, de nos actions de tous les jours et qu'elle résonne dans l'actualité.

Ce premier magazine de l'année aborde le thème de la prévention. J'ai choisi ce sujet car à l'ère de la communication, il me semble primordial d'utiliser ce premier outil médical à bon escient en tant que soignant. Nous verrons que celle-ci ne date pas d'hier et que la médecine d'urgence peut contribuer grandement à sa diffusion.

Dans les actualités de l'AJMU, nous espérons que vous avez apprécié le calendrier de l'Avent en décembre, un grand merci à Charlotte notre VP Communication et à nos partenaires pour leur implication dans ce projet. Une Assemblée Générale de l'association a eu lieu début janvier : au programme des discussions autour de la représentation des jeunes médecins urgentistes, des points sur des partenaires et de nouveaux projets pouvant bénéficier aux adhérents et des discussions autour des deux grands congrès de médecine d'urgence en juin et septembre 2026.

Nous espérons que votre début d'année se passe pour le mieux et j'espère que vous apprécierez le premier numéro de l'année !

Bonne lecture,

Thomas Robins

## **SOMMAIRE :**

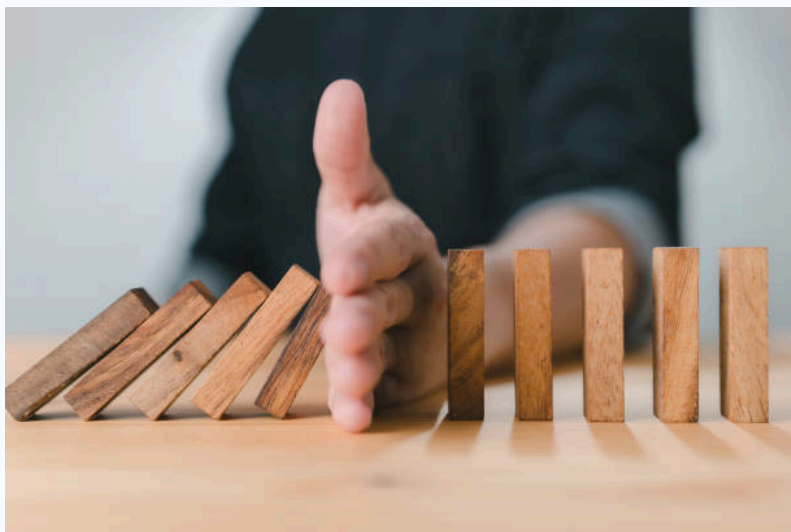
<b>DOSSIER : Et si l'urgence était la prévention ?</b>	<b>p.4</b>
• Brève histoire de la prévention	<b>p.5</b>
• Interview de Gaël de Beudrap (SAFE MEDIC)	<b>p.7</b>
• 10 idées pour intégrer de la prévention aux urgences	<b>p.12</b>
<b>ACTU 1 : PLFSS 2026</b>	<b>p.14</b>
<b>ACTU 2 : GRÈVE DES MÉDECINS LIBÉRAUX</b>	<b>p.16</b>
<b>ACTU 3 : 2025 VU PAR L'OMS</b>	<b>p.18</b>
<b>COURS : LE PATIENT DRÉPANOCYTAIRE</b>	<b>p.20</b>
<b>IMAGERIE : L'OCCLUSION INTESTINALE</b>	<b>p.24</b>
<b>AGENDA</b>	<b>p.32</b>
<b>RECOMMANDATIONS CULTURELLES</b>	<b>p.33</b>
<b>IDÉE RECETTE</b>	<b>p.34</b>
<b>PARTENAIRES</b>	<b>p.35</b>

## **DOSSIER : Et si l'urgence était la prévention ?**

“Mieux vaut prévenir que guérir !”, qui n’a jamais entendu cette phrase et qui ne s’est jamais lassé de l’entendre ? Pourtant la prévention où selon l’OMS « l’ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » devrait être au cœur de nos stratégies thérapeutiques. Si certaines spécialités médicales comme la cardiologie ou la pneumologie y prêtent une attention toute particulière, quand est-il de la médecine d’urgence? Si les services d’accueil des urgences saturés et le manque de moyens nous incite à privilégier le soin symptomatique ou curatif, il serait à mon sens dommage que les 16 millions de passages par an ne puissent faire l’objet d’une information simple, pédagogique et bienveillante sur les différentes précautions à prendre qui permettraient de minimiser le risque de revenir! L’occasion de sensibiliser un nombre très important de patients est là, ne la laissons pas filer!

Ce défi relève évidemment plusieurs limites à commencer par le temps que cela prendrait aux soignants déjà débordés par la multiplication des tâches et des conditions de travail difficiles. Pour les patients, l’anxiété générée par leur passage aux urgences est-elle propice à recevoir une information qui ne les concerne pas à cet instant ou il serait préférable de profiter d’un cadre moins anxiogène plus propice à une introduction sereine au monde de la santé. Qu’en est il de la formation des soignants à la formation à la prévention? S’il est une chose de connaître les facteurs de risque d’une maladie sur le bout des doigts, il en est une autre de le communiquer avec bienveillance, empathie et discernement à un patient. Si les défis sont nombreux, relevons les un à un pour une santé au service de nos patients et un monde plus juste.

Je vous propose à travers ce dossier de traverser brièvement l’histoire de la prévention avant de lire l’interview de Gaël de Beudrap qui mène un projet centré sur l’éducation et la prévention. Nous évoquerons ensuite les différentes possibilités pratiques pour instaurer de la prévention dans son service.



## Brève histoire de la Prévention

**Jusqu'au XVIIème siècle**, la logique est plutôt à la réactivité défensive qu'à l'anticipation. On évoquera les lieux de quarantaine comme le Lazzaretto Nuovo, une île proche de Venise où les navires marchands faisaient quarantaine avant de débarquer dans la cité. Les cordons sanitaires des villes italiennes lors de l'épidémie de peste au XIVème siècle en sont également un bon exemple. Les lazarets étaient des lieux spécialement dédiés à l'isolement des personnes malades ou des marchandises contaminées. Cette prévention collective alors même que l'idée du microbe n'avait pas germé semble se fonder donc sur une logique de séparation entre le sain et le malade. L'idée est plutôt de contenir et de stopper la propagation plutôt que de prévenir son apparition.

**Au XVIIIème siècle**, les Lumières transforment l'idée même de la prévention avec l'apparition de l'hygiénisme. La maladie n'est plus une fatalité divine mais une réalité rationnelle que la main de l'homme peut prévenir. La théorie des miasmes fait son apparition : les maladies viendraient d'émanation nocives de l'environnement. Bien que scientifiquement discutable, cette dernière est effective et permet déjà de mener des actions pour anticiper l'arrivée des maladies et mieux gouverner, car oui! une population en bonne santé c'est une population plus productive, plus efficace et plus apte! L'opprobre est jeté sur les villes urbaines qui seraient la source principale des miasmes. Des actions d'urbanisme sont alors mises en place pour lutter contre la mauvaise qualité de l'air, contrôler l'eau potable ou encore réglementer les marchés alimentaires. Le médecin prend une place de plus en plus importante dans la société et vient directement conseiller les autorités sur l'urbanisme des villes et leur implication sur la santé publique. Bien que faisant évoluer la santé publique, cette prévention reste un outil de normalisation sociale. Un individu malade serait la conséquence d'une vie de mauvaise conduite et d'un désordre social. Cette approche reste autoritaire et ignore les inégalités sociales très importantes du XVIIIème siècle.

**Le XIXème siècle**, marqué par une urbanisation rapide, est victime d'épidémies massives comme le choléra, la typhoïde ou la tuberculose. La prévention devient alors un sujet étatique se reposant sur l'hygiénisme. La législation sanitaire, la norme et les sanctions associées prennent une place plus importante dans la société et ont pour but de maintenir un ordre social à l'abri des maux épidémiques. Le Paris Haussmannien est un exemple d'architecture aérée répondant aux problèmes pointés du doigt par l'hygiénisme. C'est aussi une époque marquée par la stigmatisation des classes populaires, malheureusement souvent perçues comme dangereuses ou porteuses de maux pouvant défier la morale. La santé devient quantifiable avec l'apparition de statistiques sanitaires et d'enquêtes sociales. C'est à l'approche du XXème siècle que l'hygiénisme se confrontera à la science de Pasteur et de Koch.

**Le début du XXème siècle** marque une révolution dans la compréhension de l'infectiologie! La théorie microbienne expliquant que chaque infection est liée à un agent spécifique via des mécanismes identifiables vient mettre à mal la théorie des miasmes. Louis Pasteur et Robert Koch sont deux des figures emblématiques de cette révolution. Le premier sera à l'origine d'un des phénomènes portant son nom : la pasteurisation ainsi que

de la conception des premiers vaccins. Le second identifiera les agents de la tuberculose et du choléra. On passe alors d'une prévention globale à une prévention ciblée. Avec l'arrivée des guerres mondiales, la santé devient un enjeu majeur : préserver la nation. La biopolitique s'inscrit dans une logique de préserver une population saine afin de diminuer la mortalité infantile et de garantir une main d'œuvre saine à l'État. La santé maternelle et infantile devient une priorité absolue et la place de l'éducation à la santé aussi (santé scolaire, éducation physique et sportive, etc.).

**Après la seconde guerre mondiale**, la prévention prend encore un autre tournant. La volonté d'une reconstruction sociale, l'affirmation des droits sociaux et les traumatismes liés à la guerre mènent à une volonté de bien vivre et de rester en bonne santé. Celle-ci est également motivée par les progrès rapides de la médecine à cette époque. Le développement de l'Etat Providence et de régimes sociaux comme la Sécurité Sociale en 1945 apportent une nouvelle dimension à la santé qui n'est plus qu'une affaire de privilège mais aussi un droit! La nouvelle définition de la santé par l'OMS en 1946 comme un "état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie" élargit la dimension de la santé et ainsi de la prévention. On passe d'une logique stigmatisante et autoritaire à une logique d'ouverture et d'autonomie du patient sur sa santé. L'éducation à la santé devient une des priorités des programmes de prévention à travers des campagnes d'information ou encore des campagnes scolaires. La santé ne se limite plus aux affaires médicales mais s'inscrit dans un cadre sociétal s'inscrivant dans le monde du travail, le logement ou encore l'environnement.

**De nos jours**, bien que le risque infectieux reste bien présent à l'image de la pandémie du COVID 19 ou de l'émergence croissante et rapide des résistances bactériennes, un autre défi, celui des maladies chroniques pèse sur nos systèmes de santé. La prévention s'inscrit dans un cadre plus long. L'individu est considéré comme acteur de sa santé et il lui est proposé d'ajuster ses comportements (consommation alcool-tabagique, activité physique, alimentation etc.) afin de limiter ses risques face à la maladie. L'obligation est remplacée par l'incitation. La santé touche tout et tout est santé, une nouvelle vision globale de la santé émerge avec une vision transversale de la santé. Les nouveaux moyens de communication à l'image des réseaux sociaux permettent une diffusion beaucoup plus large des messages de santé publique et de toucher une population plus importante. La possibilité de suivi à distance permet une prise en charge en continu des patients, cela peut aussi se révéler intrusif. Cela pose des questions de responsabilisation importante, si l'individu est responsable, qui est responsable de la santé collective ? l'individu ou le politique?

L'histoire de la prévention s'inscrit donc dans une balance entre responsabilité individuelle et action publique. Serons-nous en mesure de répondre à cette problématique dans un monde changé tous les jours par de nouveaux défis sociaux, politiques et environnementaux?

## INTERVIEW DE GAËL DE BEAUDRAP

***Bonjour Gaël, merci de participer à cette interview, après avoir discuté avec toi, tu sembles avoir plusieurs casquettes différentes? Peux-tu te présenter ton parcours et comment tu en es arrivé à faire toutes ces missions?***

Tout d'abord, merci de me donner la parole.

Je suis effectivement très engagé sur la thématique de l'urgence et cela ne date pas d'hier ! En effet, déjà jeune adolescent, c'était moi qui portait la trousse de secours lors de mes sorties avec les scouts et ma première intervention a été...une crise de spasmophilie en pleine montagne.

Je ne pouvais évidemment que me diriger vers le poste d'infirmier au SAMU de Marseille que j'occupe aujourd'hui depuis 25 ans. Pour y arriver, je me suis construit à travers un passage dans plusieurs services spécialisés dont les soins intensifs de cardiologie, le bataillon des marins-pompiers de Marseille, une réanimation polyvalente et enfin le Centre régional des grands brûlés.

Cette expérience acquise, j'étais prêt à prendre ce poste si particulier, m'amenant à prendre en charge tous types de patients dans n'importe quel contexte. Cette polyvalence et le bonheur de permettre à une personne de survivre à une situation d'urgence me booste encore tous les jours mais il me manquait encore quelque chose. La frustration parfois d'arriver trop tard malgré tous les moyens thérapeutiques dont nous disposons dans nos véhicules. L'absence de gestes de secours avant notre arrivée est souvent délétère pour la victime. Que pourrais-je alors faire, à mon échelle, pour améliorer cette triste réalité ? Il me devenait donc là aussi évident que je devais tout tenter pour compléter mon action de terrain par de la prévention, mais comment ? Lors de ma première semaine au SAMU, j'ai été envoyé dans une caserne du BMPM pour apprendre à gérer les risques NRBC. Un acronyme inconnu mais qui deviendra une véritable passion. Progressivement, je suis devenu formateur dans cette spécialité aux multiples facettes.

Parallèlement, les gestes de premiers secours n'étant toujours pas enseignés efficacement, je me devais de transmettre là aussi les messages essentiels en lien avec mon expérience de terrain. Je ne conçois donc pas mon métier que par la seule intervention en équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation mais par la combinaison de la prévention, de la formation et enfin de l'action dans ce domaine de l'urgence où le temps est souvent compté.



***Tu as déjà écrit deux ouvrages : Les Urgences Domestiques et un Mémento Primo Intervenant Attentats ? Quel a été ton process pour écrire ces livres? A qui sont-ils destinés ? Et comment les utiliser concrètement?***

Après les attentats perpétrés sur notre territoire et grâce à mes premières années en tant que formateur, l'idée d'écrire un livre de poche synthétisant nos référentiels respectifs (civils et militaires) en matière de prise en charge de blessés de guerre me semblait intéressante. L'objectif étant que chaque primo-intervenant connaisse la doctrine nationale du SAFE MARCHE RYAN à laquelle se référer dans ce contexte, il fallait aussi que le prix de ce livre soit le plus abordable possible. Cela nous a éloignés du circuit classique des éditeurs et nous a amené à tout faire seul, de l'écriture à la mise en page en passant par les illustrations....

Je suis donc aujourd'hui auto-éditeur et fais imprimer mes ouvrages en France, près de Marseille. Un an de travail ! Une fois réalisé et validé par le médecin du GIGN nous permettant même d'y ajouter 2 photos de leurs opérateurs et notre site internet créé (Safemedic.fr), les ventes se sont multipliées. Preuve que cet ouvrage manquait à beaucoup. Il est aujourd'hui un document incontournable pour tous les primo-intervenants potentiels (pompiers, samu-smur, personnels hospitaliers, forces de l'ordre, militaires) ainsi que les citoyens « engagés ».

Pendant la COVID, les temps de formation ayant disparus et ayant déjà l'expérience de l'écriture du Mémento, j'ai écrit mon deuxième livre intitulé « Les Urgences Domestiques. Un an de plus de travail ! Ce livre vulgarise les gestes qui sauvent pour tous les publics. C'est ce que j'enseigne depuis longtemps et qui manque à l'ensemble de la population. Ce maillon de proximité qui fait tant défaut lors d'une détresse vitale. Conçu pour être lu aussi par des enfants, interactifs avec des QR Codes amenant à visionner des vidéos réalisées avec des élèves infirmières montrant les gestes élémentaires, ce livre est à la destination du grand public et a été validé par la Fédération Française de Prévention des Risques Domestiques. Chaque foyer devrait en posséder un à la maison. Comment réagir face à une urgence ? Quelles questions se poser ? Qui appeler ? Que dire au téléphone dans ce moment de stress aigu ? Quels gestes pour sauver une vie en attendant les secours ? Voilà ce qu'il peut apporter simplement en ayant complété bien évidemment sa lecture par un temps de formation.

Je me bats aujourd'hui pour faire connaître ces deux ouvrages reconnus avec mes moyens relativement limités puisque toute cette activité vient s'ajouter à mon temps plein du SAMU. Je multiplie ma présence lors d'animations, de formation, de congrès sur mon temps de repos mais cela ne va pas assez vite à mon goût. L'objectif que je m'étais lancé n'est pas encore atteint car de nombreux professionnels ne connaissent pas encore le Mémento Primo-Intervenants et Les Urgences Domestiques ne sont pas encore vraiment « médiatisés ».

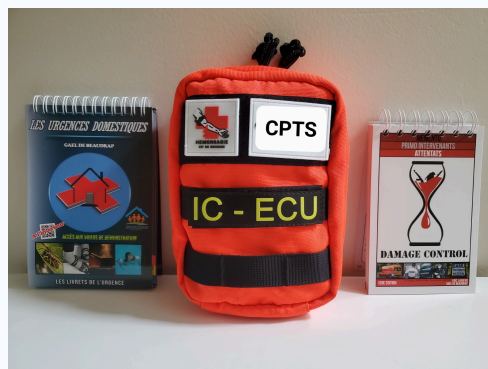
**En ce moment, le gros projet de cette année est de déployer dans un maximum de pharmacies en France un “kit hémorragie”, peux-tu nous en parler? Comment ce projet est-il coordonné et quel impact espères-tu avoir en le diffusant partout en France?**

Contacté il y a environ 4 ans par une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), je me suis aussi investi dans la vulgarisation des notions de Situation Sanitaire Exceptionnelle. Je les ai accompagnés dans la mission attribuée par l'ARS demandant à ces professionnels de santé libéraux de s'organiser pour faire face potentiellement à une nouvelle crise majeure.

Début 2025, une idée germe dans notre groupe de travail : un professionnel de santé libéral pourrait-il devenir un maillon de proximité efficace en situation multi-victimes dans l'attente des secours?

La réponse est oui mais à certaines conditions. Il est nécessaire de connaître les grands principes de prise en charge de ces blessés souvent extrêmement graves mais sans matériel spécifique, venir en aide efficacement au plus grand nombre reste une utopie. L'idée de positionner des kits hémorragiques dans des pharmacies venait de naître. Bien qu'imparfaite, cela permettait à chaque professionnel du territoire d'avoir accès à un minimum de matériels spécifiques et ainsi le déployer en attendant les secours. Plusieurs vies pourront alors potentiellement être sauvées. A l'image de ce qu'a été la mise en place des DSA, ces kits sont en place dans 30 pharmacies du 6ème arrondissement de Marseille depuis le 15 Octobre 2025.

Conscient de l'importance du rôle de proximité de ces professionnels libéraux, je vais dupliquer ce projet via une autre CPTS sur 3 arrondissements de Marseille courant 2026. Ce sont 80 officines de plus qui seront dotées de ces kits. Une avancée majeure en termes de prévention dans un contexte SSE mais pas que... La situation précaire de notre système de santé notamment en terme d'urgence montre un éloignement géographique croissant des équipes de secours face aux situations d'urgence quotidiennes. Ces délais incompressibles donnent aussi à notre projet un intérêt de proximité évident hors SSE. Au cœur de ce projet et de cette réflexion, je tente donc de le faire connaître à l'ensemble de ces CPTS qui n'ont qu'à structurer une réponse et une organisation adaptée à leurs moyens et leur territoire. Mon accompagnement peut les aider à construire leur projet pour en faire quelque chose de viable en situation sanitaire exceptionnelle.



***Quelle est ta vision de la prévention ? Connais-tu des modèles à l'étranger qui ont impacté ta manière de former nos concitoyens au monde de la santé et de la prévention?***

Mon sentiment sur la question de la prévention en général en France est mitigé. Je ne ressens pas une volonté politique forte en la matière. L'exemple de l'arrêt cardiaque me semble criant. Quasiment aucun clip grand public sur le sujet alors que l'on retrouve dans de nombreux pays de courtes vidéos dédiées toute la journée aux heures de grande écoute. Sous diverses formes, les messages sont clairs, impactants. Cette formation ou information de masse a un rôle essentiel auprès de la population. La gestion des premières minutes d'une urgence grave est souvent déterminante pour le devenir de la victime. Il y a peu, j'ai même vu un dispositif proposant de tester la qualité de son massage cardiaque dans un centre commercial. Nous sommes loin de tout ça.

J'ai découvert une application interactive sur ce sujet réalisée en Angleterre. D'un réalisme surprenant, vous devez réagir face à une personne faisant un malaise. Le scénario se déroule selon vos réactions. Les notions inconnues sont expliquées et votre temps est compté, comme dans la réalité ! L'utilisation du portable, indissociable de chacun d'entre nous est sûrement une très bonne idée. J'aimerais la dupliquer pour la France mais mes compétences sont limitées pour un tel objectif. On ne sait jamais, je jette une bouteille à la mer : une rencontre me permettra peut-être de la réaliser... J'ai aussi mis en place pour 1800 enfants chaque année un programme d'enseignement des gestes qui sauvent en lien avec les directives de l'Education Nationale. Pourquoi dans les pays nordiques ce modèle marche et chez nous, il ne fonctionnerait pas ?

Je peux affirmer que ces enfants que je suis depuis quelques années sont aujourd'hui capables de porter secours à n'importe qui. Ils savent déverrouiller un portable qui ne leur appartient pas et appeler le 15 en CE1. Et vous ?

***Selon toi quels sont les principaux enjeux d'aujourd'hui pour un monde en meilleure santé et réactif sur les gestes d'urgence de demain?***

Il faut absolument responsabiliser les citoyens. Faire comprendre que ça n'arrive pas qu'aux autres. J'ai le souvenir d'un papa nous interpellant après le décès de son fils s'étant électrocuté dans sa baignoire avec son portable branché. En partant, ces mots seront : « faites savoir que c'est trop con de mourir comme ça ». Une phrase qui viendra résonner en moi comme une raison de plus de continuer mon combat. Il en va de la responsabilité de chacun de se former à porter secours. L'Etat devrait lancer une vraie dynamique mais il appartient à chacun d'entre nous de se former ou s'initier aux gestes qui sauvent à travers des jeux de société comme « Secouriste » par exemple. Un bon moyen de le faire en famille ! Si cet apprentissage se faisait à l'école tout au long de la scolarité et non pas 1 jour en 4ème, ces enfants une fois à l'âge adulte seraient sûrement plus responsables, moins consommateurs de ressources médicales et plus efficaces face à une situation d'urgence. Avec les risques actuels, qu'ils soient climatiques, industriels, sanitaires ou malveillants, il sera essentiel d'avoir la capacité d'agir en complément des secours institutionnels.

### ***Un dernier mot pour la fin?***

Quelle joie pour moi de me poser quelques minutes pour répondre à ces questions. Je passe le plus clair de mon temps au SAMU ou à faire de la prévention en développant tous les sujets dont j'ai parlé. Heureusement que mes enfants sont grands maintenant et que ma femme sait pourquoi je fais ça ! Je me suis investi pleinement et j'espère que cela servira à quelqu'un. Voir des personnes perdre la vie par manque de gestes de secours est toujours difficile à accepter pour un professionnel de l'urgence. Je suis persuadé que mes efforts (et ceux des autres fous comme moi) pourraient changer les choses si le côté politique voulait bien nous soutenir. D'un naturel optimiste, je vais continuer ce combat.

# 10 idées pratico-pratiques pour faire de la prévention aux urgences

## 1 : SE FORMER

*Pour pouvoir transmettre des messages clés à nos patients, pour pouvoir vulgariser des concepts parfois compliqués à communiquer, pour pouvoir toujours se questionner sur l'importance de notre communication avec nos patients*

*Pourquoi ne pas lancer des staffs autour de la prévention, multiplier des diplômes universitaires de qualité ou travailler en collaboration avec des médecins de santé publique?*

## 2 : EN PARLER

*Entre soignants, entre soignant et patient, entre soignant et administration, entre les services, le but c'est de déjà en parler pour pouvoir mener à bien des missions efficaces, coordonnées et sur du long terme. C'est déjà se donner la liberté de mettre en place des actions préventives.*

## 3 : L'ÉCRIRE

*Rôle majeur des affiches en salle d'attente où nos patients restent parfois plusieurs heures... mais aussi des brochures à glisser dans un dossier de sortie ou de consignes hygiéno-diététiques à imprimer en un clic*

## 4 : AVOIR DES STRUCTURES POST-URGENCES POUR LA PREVENTION ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

*Pour pouvoir avoir un temps plus calme à distance d'un épisode aigu et faire le point sur ce que le patient a compris ou non, pour pouvoir adapter une prise en charge préventive, pour pouvoir répondre aux questions de nos patients après qu'ils aient quitté les structures d'urgences*

## 5 : AVOIR DU PERSONNEL DÉDIÉ

*Pourquoi ne pas créer des postes aux urgences pour des médecins de santé publique ou d'autres acteurs de la prévention afin d'optimiser le design de nos structures et intégrer de la prévention dans notre quotidien?*

## 6 : FAIRE DU TEMPS D'ATTENTE UNE OPPORTUNITÉ ET NON UNE CONTRAINTE

*Si les temps de passage de parfois plusieurs heures aux urgences sont tout aussi une contrainte pour le patient que pour le soignant, ils sont parfois inévitables... profitons-en pour faire de l'éducation thérapeutique et pour que nos patients ne ressortent pas qu'avec un diagnostic!*

## 7 : LE RÔLE DU PATIENT EXPERT

*Idée d'intégrer des patients experts dans les structures d'urgence ou de post-urgences afin de faire de l'éducation thérapeutique pour des patients atteints de maladie chronique avec des passages aux urgences*

## **8 : PROPOSER DES FORMATIONS POUR LES PATIENTS**

*Si l'on connaît beaucoup la formation aux gestes de premier secours, il en existe pourtant bien d'autres comme aux premiers secours en santé mentale ou encore celle sur la prévention des risques professionnels. Un passage aux urgences peut être l'occasion de diffuser ces formations au plus grand nombre et de sensibiliser les gens sur leur santé en général. On pourrait même imaginer des formations directement au sein des services d'urgences pour les patients rentrant à domicile.*

## **9 : DÉCULPABILISER**

*La prévention au XXIème siècle devrait passer par des messages d'éducation et d'accompagnement plutôt que par des messages de culpabilisation et de peur. Rassurer un patient sur son passage aux urgences, sur le droit à consulter en toute situation et mettre de la distance entre la pathologie et les actions du patient c'est aussi engager le patient dans un processus de soins engagé et dans la confiance sans pour autant le déresponsabiliser et en lui laissant un espace de liberté dans sa prise en charge.*

*En rassurant le patient, en légitimant sa consultation et en évitant de réduire la pathologie à ses comportements, on renforce la confiance et l'adhésion au soin, tout en respectant son autonomie.*

## **10 : FAIRE DU LIEN**

*Même si un urgentiste ne voit souvent qu'un patient qu'une seule fois, il reste souvent la première rencontre entre un patient et le monde médical et hospitalier. Établir un lien de confiance devient alors non pas qu'une démarche médicale et empathique mais aussi un rapport plus intime entre la société civile et le monde médical, entre un patient et la vision qu'il a de sa pathologie. C'est construire un sentiment de sécurité entre le patient et son soignant afin que nos messages de soins et de prévention s'intègrent dans un cadre humaniste et bienveillant.*

## ACTU 1 : LE PROJET DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2026 - PLFSS 2026



Longtemps attendu comme chaque année, le projet de financement de la sécurité sociale 2026 (PLFSS 2026) a pris du temps, beaucoup de temps, trop de temps? à être voté et à être publié : décryptons ces grandes lignes et ce qui va concerner le plus nos structures de l'urgence :

Comme attendu, l'**Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)** ou le plafond annuel de dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale se voit encore une fois limité. Dans une réalité où la population vieillit, où on voit l'émergence de plus en plus de maladies chroniques et dans un monde qui connaît une forte inflation économique, peut-on vraiment se permettre de limiter le remboursement des dépenses de santé? Entre décision de santé publique et contraintes économiques, cette mesure semble faire peser une pression sur des effectifs et moyens de santé déjà sous tension.

Ce plan de financement tient aussi un **objectif de "pertinence des soins"**, l'idée étant de prescrire des examens jugés plus ciblés et plus pertinents. L'objectif est louable autant pour les médecins qui feraient une médecine de meilleure qualité, que pour le patient qui bénéficierait d'une médecine plus adaptée à sa plainte. Cependant, qu'en est-il de l'installation dans le réel de cette doctrine? Quand une des plaintes principales des soignants est le manque de temps médical par patient, peut-on réellement aborder une médecine plus ciblée et personnalisée?

Le **contrôle et la prescription des arrêts de travail** se verra encore plus limité et devra relever d'une justification plus précise des motifs et des durées d'arrêt. Encore une fois, si chaque arrêt devrait être justifié, quand est-il de la relation médecin-patient. Beaucoup d'arrêts ont pour origine une surcharge de travail ou une autre cause psychologique ou psychiatrique. Le médecin doit-il être l'oreille attentive et bienveillante de son patient ou bien l'enquêteur acharné qui estime si oui ou non le patient devrait retourner directement au travail ou non? Et puis quand est-il de la confiance entre la Sécurité Sociale et le corps médical, si la confiance n'exclut pas le contrôle, l'outil thérapeutique qu'est l'arrêt de travail ne se transforme-t-il pas en acte médico-administratif?

Dans le PLFSS 2026, **aucune revalorisation majeure des honoraires médicaux** constitue un signal fort pour la profession. La volonté semble claire : contenir la dépense plutôt que d'investir dans l'attractivité médicale. Pour le secteur 1, cela se traduirait par une perte de pouvoir d'achat face à l'inflation actuelle. Pour le secteur 2, cela pourrait se traduire par une baisse du remboursement de certains actes déjà peu ou pas assez remboursés.

Ce projet semble aussi porté par **la montée en puissance des professions paramédicales** avec par exemple le développement et l'émergence des infirmiers en pratique avancée (IPA) qui permettent dans un contexte de sous-effectif global du corps médical d'augmenter l'efficacité et la continuité des soins. Bien que cela pose des questions sur la responsabilité des actes médicaux et la question du transfert de tâches, cet axe sur la place des professions paramédicales semble apporter enfin de l'humanisme et du temps médical dédié aux patients. Nous verrons dans le futur si cela peut s'inscrire hors d'un cadre théorique.

Ce projet de financement met également **l'accent sur la place de l'ambulatoire et du soins à domicile** afin de décharger la tension hospitalière croissante. Les textes encouragent des séjours plus courts, le développement de l'hospitalisation à domicile et le recours accru aux soins de ville. Cette proposition louable sur le papier met en revanche plus de tension sur la médecine de ville déjà surchargée. Elle pose aussi la question de la sortie d'hospitalisation qui devrait toujours avoir lieu dans des conditions sécuritaires et dignes pour le patient et son entourage. S'il paraît nécessaire dans une **société vieillissante et plus demandeuse en soins que jamais** d'adapter nos prises en charge thérapeutiques et organisationnelles, ces dernières devraient s'inscrire dans un cadre efficace, sécurisant et humain. Entre fluidité des soins et réalité concrète, cette mesure pourrait-elle être véritablement suivie sur le terrain?

Par rapport à **la prévention**, les textes, s'ils mettent bien en avant un objectif de prévenir plutôt que de guérir en mettant en avant le dépistage, la prévention des maladies chroniques, la santé tout au long de la vie et la réduction des recours évitables aux soins, notamment hospitaliers. Les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs semblent secondaires. On observe peu ou pas de revalorisation d'actes liés à de la prévention ou d'outils opérationnels clairs pour mettre en place une prévention ou une éducation à la santé encore plus importante. Rappelons que la prévention est peut-être un des leviers budgétaires les plus importants à long terme.

J'ai décidé de centrer cet article sur les axes de ce PLFSS 2026 qui concernent plus particulièrement le corps médical et paramédical mais il y aurait beaucoup à dire notamment la suspension du calendrier d'augmentation de l'âge légal du départ en retraite, le déploiement d'un congé de naissance mieux rémunéré, ou encore un nouveau modèle pour le remboursement des fauteuils roulants. Les questions sont nombreuses et variées, les réponses aussi.

Dans un contexte d'instabilité politique majeur, ce projet de financement n'apporte pas grand chose de nouveau sous les tropiques mais pointe à nouveau du doigt le dilemme qui se pose entre une médecine humaniste prenant tout le monde en charge et une réalité économique de dépenses de santé. Le choix est-il politique ou économique ou bien les deux à la fois ? A vos débats !

## **ACTU 2 : GREVE DES MEDECINS LIBERAUX**



En rapport avec le PLFSS 2026, une partie des médecins libéraux ont fait grève du 5 au 15 janvier 2026 pour contester des mesures considérées non pertinentes et pour défendre leur liberté d'exercice. Ce mouvement largement soutenu par les syndicats de médecine libérale s'est traduit par la fermeture de cabinets médicaux et par des manifestations à l'échelle nationale. Par effet domino, les flux dans les services d'urgence et dans les services hospitaliers se sont accentués.

Les revendications soutenues par les syndicats de médecine libérale portaient principalement sur la limitation des prescriptions d'arrêt de travail, la menace d'une obligation d'installation dans les déserts médicaux, des sanctions si le praticien ne remplissait pas le Dossier Médical Partagé du Patient, une atteinte sur la tarification et le remboursement du secteur 2 et 3, ainsi qu'un manque de communication avec le Gouvernement. Finalement on reprochait un manque d'incitation à pratiquer une médecine libre et libérale au profit d'une médecine verticalisée gérée par des acteurs qui ne sont pas sur le terrain. Finalement les médecins craignent une médecine libérale à deux vitesses où ceux qui pourront se faire soigner le feront et où les autres n'auront plus accès aux soins en dépit de leur santé... On reproche également de faire porter la responsabilité d'un accès aux soins difficiles au corps médical, là où des années de politique de santé publique ont aussi pu contribuer à ce constat.

Le 16 janvier, la grève a pris fin après que le gouvernement ait accepté certaines concessions comme la "mise sous objectifs" du nombre d'arrêt de travail par médecin ou encore la "suppression des mesures permettant une baisse unilatérale des tarifs". Ces victoires partielles ont mis fin à la grève mais les syndicats de médecine libérale ne se privent pas de la relancer si des discussions complémentaires ne pouvaient avoir lieu et aboutir à des mesures en faveur de la médecine libérale et de la santé des patients.

L'augmentation du nombre de passages aux urgences sur cette période hivernale (+24% selon le syndicat syndicat de médecins urgentistes SAMU-Urgences de France) montre bien l'impact énorme qu'à une absence de médecine de ville efficace. La problématique d'un manque de médecine ambulatoire n'est toujours que plus forte et le lien entre l'hôpital et la médecine de ville n'en est que plus ressenti.

Cette grève soulève des interrogations quant à notre système de santé et à son projet sur le court et le long terme. L'année 2026 devra répondre aux nombreux défis posés par les déserts médicaux et les difficultés d'accès à la santé partout en France.

## ACTU 3 : 2025 vu par l'OMS



# World Health Organization

Dézoomons un peu notre loupe pour élargir notre vision à l'international et voir comment 2025 s'est passé au niveau mondial. Le rapport "Stronger together: milestones that mattered in 2025" fait le bilan des avancées et des limites des missions portées par l'OMS en 2025.

Commençons par les progrès importants et de grandes victoires notamment en matière de maladies infectieuses puisque l'OMS considère que les Maldives ont atteint la triple élimination du VIH, du VHB et de la Syphilis et le Brésil a éradiqué la transmission VIH mère enfant! L'OMS rapporte également une baisse de la mortalité due à la tuberculose -46% en Afrique et -49% en Europe sur 10 ans. La Géorgie, le Suriname et le Timor-Leste ont été certifiés sans paludisme et les vaccins antipaludiques ont pu être proposés à de plus en plus de pays d'Afrique. Le premier Pandemic Agreement mondial a été signé afin de renforcer au maximum la solidarité internationale en cas de nouvelles crises ainsi que d'anticiper au maximum ces dernières. 2025 a aussi été le fruit d'innovations médicales comme le Lenacapavir injectable pour la prévention du VIH ou encore les nouvelles thérapies GLP-1 pour la lutte contre l'obésité. L'OMS a également insisté pour déclarer que les changements climatiques actuels et futurs n'étaient pas qu'une urgence environnementale mais aussi sanitaire dû aux hausses de chaleur, à l'augmentation des pathologies vectorielles, aux mouvements de migrations massifs qui auront lieu et à la pollution atmosphérique.

2026 sera cependant l'année de tous les nouveaux défis et de ceux déjà en cours! Cela d'abord sur les coupes budgétaires massives dans la santé avec une baisse des financements internationaux et une tension économique importante sur l'ensemble du globe. Cela pourrait porter impact sur les programmes de vaccinations internationaux, sur la lutte contre le VIH, la Tuberculose ou encore le VHB mais encore sur le déploiement de forces sanitaires dans les zones de conflit. Un deuxième défi important sera la lutte contre la désinformation sanitaire, la remise en cause de la science et la politisation de la santé. La fatigue post-COVID, les crises géopolitiques simultanées et le recul du multilatéralisme sont d'autant d'éléments pouvant mener à une méfiance envers le corps scientifique mais les progrès médicaux ne suffisent pas si la science est contestée et si la coopération internationale se délite. L'inégalité d'accès aux innovations médicales reste un sujet majeur

de notre monde. L'installation ou la persistance d'une médecine à deux vitesses pose des questions sur l'éthique de l'innovation médicale et de sa distribution. Ces accès inégaux sont principalement expliqués par le coût des traitements ou de de l'équipement nécessaire pour les soins, les problèmes de production et de disponibilités ou encore la dépendance aux financements internationaux malheureusement en baisse.

Si les innovations médicales ne cessent de progresser, la santé planétaire reste un défi de chaque instant et les défis sont encore nombreux et complexes ! Alors comment continuer à innover tout en garantissant un accès plus équitable à la santé pour tous?

# POINT DE COURS : Le patient drépanocytaire au SAU : la crise vaso-occlusive osseuse mais pas que !

Dr Pierre Cougoul  
Co-animateur de la filière FilRougE-MCGRE  
Centre de référence des maladies rares du globule rouge et de l'érythropoïèse Adulte  
Service de médecine interne et immunopathologie



Institut Universitaire du Cancer CHU de Toulouse – Oncopole (IUCT – Oncopole)



La drépanocytose est une pathologie liée à une mutation ponctuelle du gène de la bêtaglobine.

Il s'agit d'une anomalie génétique récessive dont le génotype le plus fréquent est la forme SS. Des formes hétérozygotes composites existent (ex : SC, Sbéta-thalassémiques). Les personnes porteuses saines d'un trait drépanocytaire (AS) ne sont habituellement pas symptomatiques.

La physiopathologie est complexe : elle comporte notamment une altération de la microcirculation secondaire à la déformation des globules rouges en faucilles (drépanocytes) générant une ischémie des organes concernés : c'est la vaso-occlusion. Il existe également une hémolyse chronique responsable d'une anémie chronique et d'un état inflammatoire de l'endothélium vasculaire. Cet état peut générer des atteintes chroniques d'organe indépendamment des crises vaso-occlusives.

La **crise vaso-occlusive osseuse (CVO)** est la première cause d'admission au SAU. Elle est responsable de douleurs osseuses intenses, intolérables. Elle concerne majoritairement les métaphyses, peut être suspendue à un segment osseux ou généralisée. Elle est souvent difficile à évaluer. C'est une **urgence thérapeutique** requérant une prise en charge par antalgie multimodale comprenant un antalgique de palier III. La gestion peut être difficile (abords veineux, dimension psychologique de la douleur, part nociceptive).

Les facteurs déclenchants habituels sont l'exposition au froid, au chaud, la déshydratation, le stress, certains médicaments (corticoïdes), parfois il n'en est pas retrouvé ou peut être au second plan par rapport à la douleur osseuse.

Les crises les plus sévères s'accompagnent d'emblée d'anomalies biologiques : dégradation de l'anémie, majoration des marqueurs d'hémolyse, élévation des leucocytes et de la CRP mais leur absence n'exclut pas la CVO.



## **Principes de prise en charge de la douleur de CVO :**

- Hydrater : par ex (adulte) : G5 % 2 L + NaCl 2 g/L + boisson libre (eau de Vichy)
- Réchauffer (y compris lors des transferts en brancard/ambulance [couverture])
- Prévention de la thrombose veineuse profonde par HBPM (post-pubères ou facteurs de risque thrombotique)
- Prévention du syndrome thoracique aigu : spirométrie incitative
- Oxygène si dyspnée ou désaturation
- Traitement antalgique (per os ou sous-cutané dans l'attente d'un accès veineux)
- Traiter un facteur déclenchant le cas échéant

## **Proposition de prise en charge antalgique**

- Palier I : Paracétamol 1 g × 4/jour
- Palier II : Néfopam 120 mg en IVSE sur 24 h
- Palier III : Titration progressive jusqu'à obtention d'une EN < 4/10
- Relai : Mise en place d'une PCA si nécessaire

Les médicaments dépresseurs respiratoires sont contre-indiqués → risque de syndrome thoracique aigu (STA).

Les AINS ne sont pas recommandés, notamment en cas d'infection associée, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale sous-jacente.

Le protoxyde d'azote doit être utilisé avec prudence et modération → risque de toxicité neurologique et hématologique.

Le tableau clinique peut comporter un **syndrome thoracique aigu (STA)** qui associe une douleur thoracique ou une dyspnée ou une anomalie auscultatoire ou de la fièvre à un infiltrat radiologique thoracique. Le STA survient fréquemment à J 3-4 d'une CVO ou peut être présent d'emblée. Le risque de survenue peut être prédit à l'admission par le score clinico-biologique PRESEV (<http://medicalcul.imhotepix.net/presev.html>).

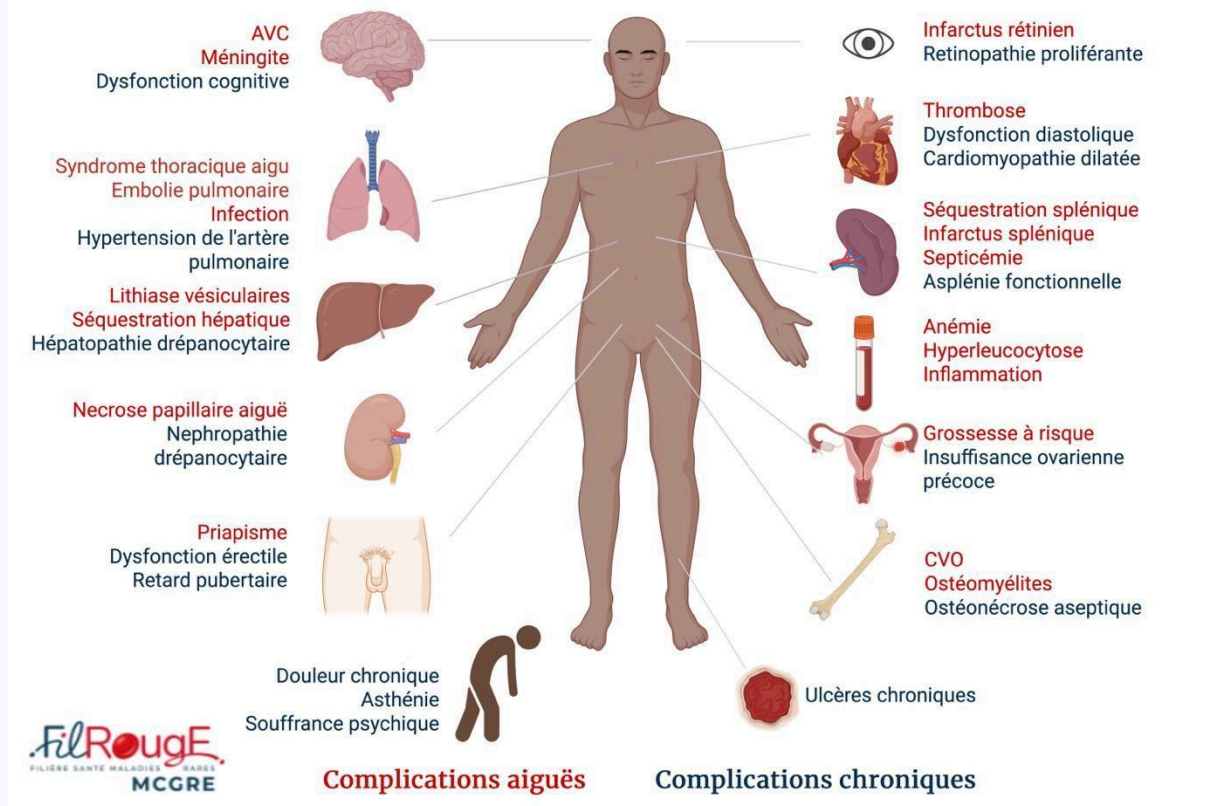
Sa physiopathologie est complexe, associant vaso-occlusion, hypoventilation (douleurs costales, morphiniques), thrombose et/ou infection. C'est une importante cause de mortalité dont la prévention précoce est fondamentale (spirométrie incitative pluriquotidienne préventive en cas de CVO).

Parmi les complications aiguës peuvent également survenir des tableaux de douleurs abdominales secondaire à une séquestration hépatique ou splénique, à la complication d'une lithiase vésiculaire, de thrombose, d'AVC, d'aggravation d'une anémie chronique et de phénomènes infectieux favorisés par une dysfonction splénique précoce.

En cas de CVO simple, le retour au domicile est possible 6 heures après la dernière injection de morphinique. Dans le cas inverse, une hospitalisation est proposée.

La drépanocytose peut être responsable de complications chroniques multiples (neurologiques, cardiologiques, néphrologiques, ophtalmologiques) qui sont dépistées annuellement et qui peuvent décompenser à l'occasion d'un événement aigu.

## Complications liées à la drépanocytose

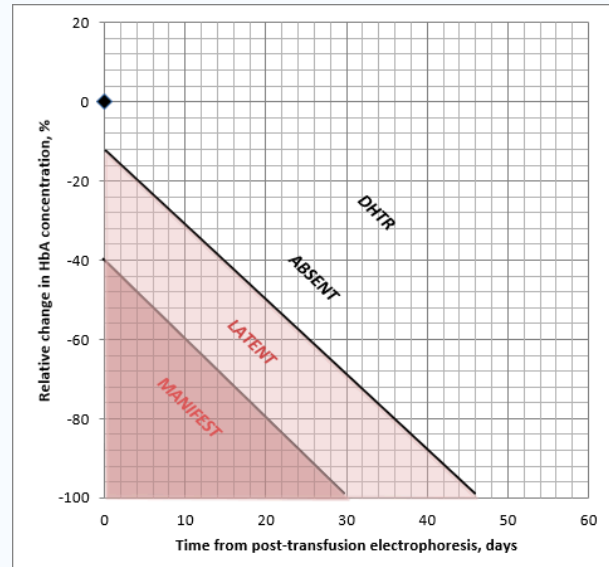


## Drépanocytose et transfusion

La transfusion de globules rouges constitue un traitement majeur des complications graves aiguës comme chroniques (par ex : AVC, syndrome thoracique aigu grave). L'indication de la transfusion simple repose sur l'aggravation mal tolérée d'une anémie chronique. L'échange transfusionnel a pour objectif d'améliorer la rhéologie sanguine du patient. Il doit être discuté sans délai pour toute atteinte sévère (par ex AVC, STA grave).

**Chez les personnes drépanocytaires, le risque d'allo-immunisation et d'accident post-transfusionnel est plus important que dans la population générale.** Ainsi toute décision de transfusion (ou échange transfusionnel) doit être validée avec le médecin référent du patient et l'EFS.

A l'inverse, tout événement aigu doit faire rechercher une transfusion dans les semaines précédentes afin d'écartier une **hémolyse retardée post-transfusionnelle**. La présentation peut être trompeuse allant d'un rendement transfusionnel médiocre à la CVO d'allure habituelle ou à l'extrême par un état de défaillance polyviscérale. Le diagnostic repose sur la preuve de la diminution précoce du taux d'hémoglobine A apportée par la transfusion (<https://reamondor.aphp.fr/nomogram-2/>). Dans l'attente de la confirmation diagnostique, toute transfusion est contre-indiquée.



La drépanocytose est une pathologie complexe et pouvant engager le pronostic vital dont le motif d'entrée au SAU est dominé par la crise douloureuse osseuse (CVO). Elle justifie une prise en charge urgente et personnalisée. L'évaluation doit être systématique, prenant en compte les complications chroniques sous-jacentes mais également le fait que la douleur de CVO peut masquer les signes d'une atteinte extra-osseuse ou un diagnostic différentiel. Elle comporte la recherche d'une transfusion de produits sanguins labiles dans les semaines précédentes pour écartier une hémolyse retardée post-transfusionnelle et pose la question d'une indication transfusionnelle (ou d'un échange) en urgence en cas de forme grave (ex : AVC).

# PÊLE-MÊLE – L'occlusion intestinale : le regard du radiologue



**Dr Antoine Perrey – Dr Agnès Coulon**

L'occlusion intestinale constitue une urgence médico-chirurgicale fréquente et un enjeu majeur de santé publique. Elle représente environ 40 000 hospitalisations par an en France, soit 4 à 7 % des consultations pour douleurs abdominales aiguës aux urgences, avec une mortalité pouvant atteindre 2 à 8 %. Dans ce contexte, l'imagerie, et tout particulièrement le scanner, joue un rôle central dans la confirmation diagnostique, l'identification du mécanisme, de l'étiologie et des signes de gravité conditionnant la prise en charge.

Notre partenaire IMADIS vous propose une synthèse pratique avec le regard du radiologue.

## **1. UN PEU D'ÉPIDÉMIO !**

- L'occlusion intestinale représente 4 à 7 % des douleurs abdominales aiguës vues aux urgences
- Concerne préférentiellement le sujet âgé
- Occlusions du grêle les plus fréquentes :
  - dominées par les adhérences et brides postopératoires (≈ 75 %)
- Occlusions coliques sont le plus souvent :
  - tumorales
  - puis liées aux volvulus, en particulier du sigmoïde
- Le risque évolutif majeur est la strangulation avec ischémie intestinale, dont le pronostic dépend étroitement de la rapidité du diagnostic

## **2. « JE METS QUOI SUR LA DEMANDE ? »**





Informations indispensables à transmettre au radiologue

Une demande bien contextualisée améliore directement la qualité et la pertinence du compte rendu :

- Antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens (type, date)
- Antécédents oncologiques connus
- Liberté ou non des orifices herniaires
- Présence de vomissements (évaluation du risque d'inhalation)
- Pose d'une sonde nasogastrique et quantité réellement aspirée

- Signes cliniques de gravité :
  - douleur intense ou continue
  - fièvre
  - état de choc
- Données biologiques utiles :
  - lactates
  - créatinine (conditionnant l'injection)

### 3. QUELLE IMAGERIE DEMANDER ?

-  Radiographie d'abdomen sans préparation : n'est plus recommandée en routine
-  Opacifications digestives : pas d'intérêt diagnostique en urgence
-  Scanner abdomino-pelvien : examen de référence
-  Échographie :  
uniquement dans des situations ciblées (ex. suspicion de hernie pariétale étranglée si scanner non disponible, pédiatrie).

### 4. LE SCANNER : MODALITÉS PRATIQUES

Le scanner doit être réalisé avec injection de produit de contraste iodé, sauf contre-indication formelle.

Protocole de base recommandé :

- Une acquisition sans injection  
→ recherche d'hyperdensité spontanée pariétale (signe de nécrose hémorragique)
- Une acquisition en phase portale (obligatoire)

L'injection est indispensable pour :

- analyser le rehaussement pariétal intestinal
- détecter les signes de souffrance ischémique
- guider la décision médico-chirurgicale.

Les reconstructions multiplanaires, notamment coronales, sont essentielles pour l'analyse du mécanisme.

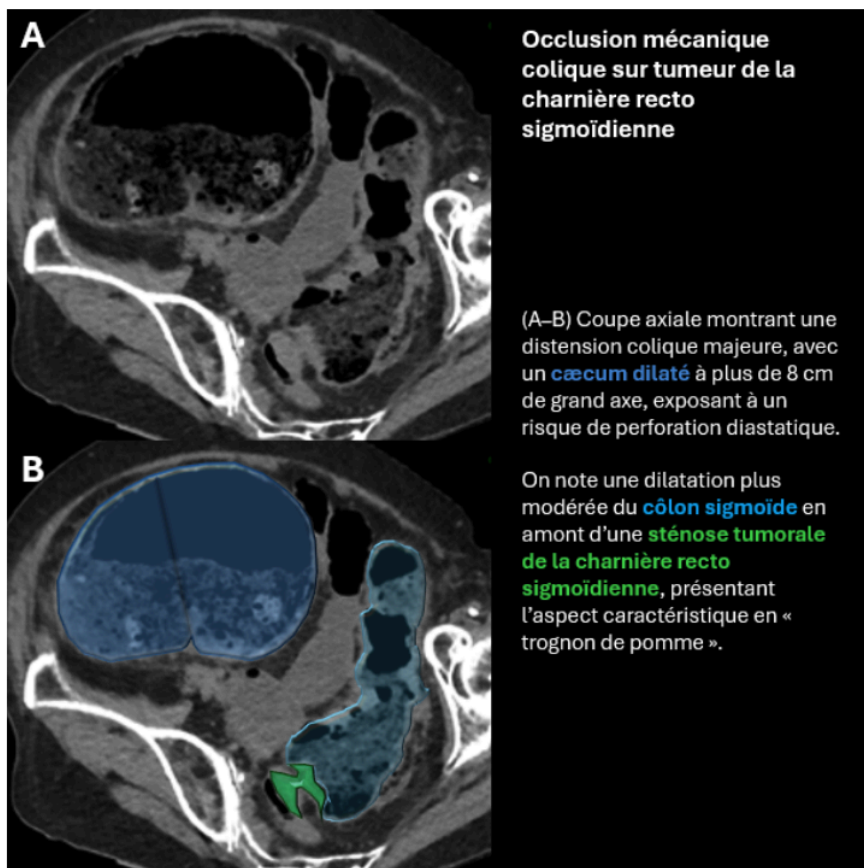
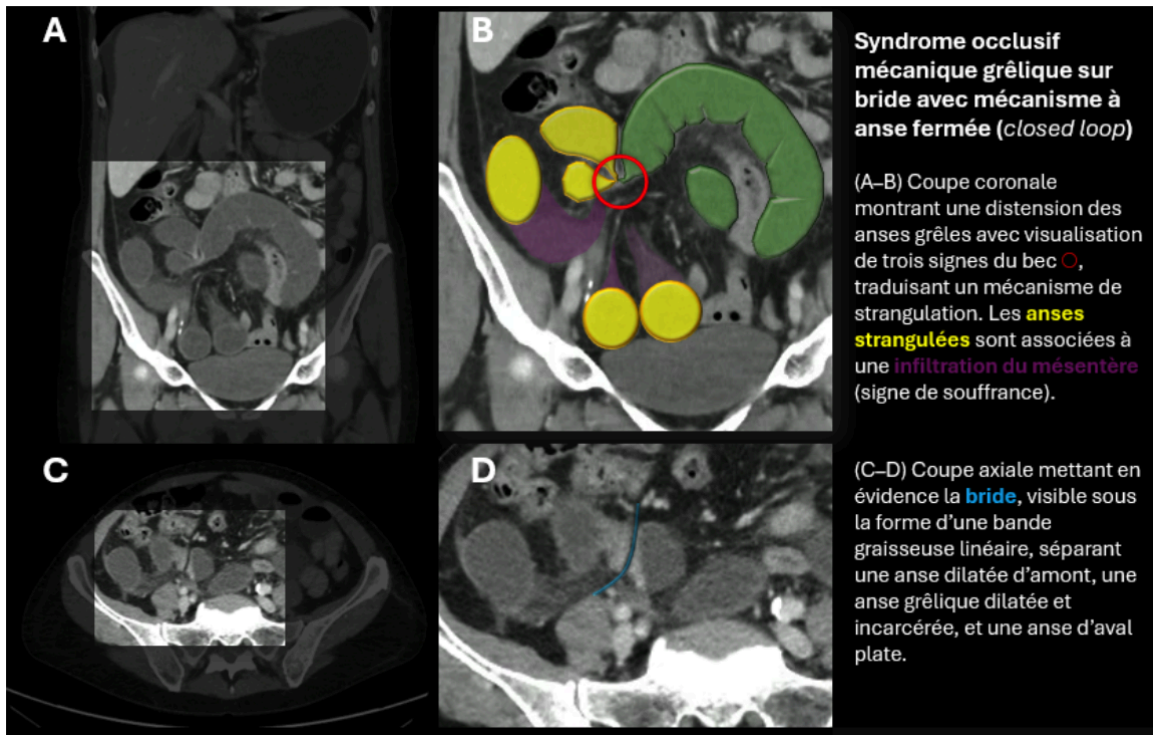
### 5. CE QUE L'ON PEUT ATTENDRE DU COMPTE RENDU

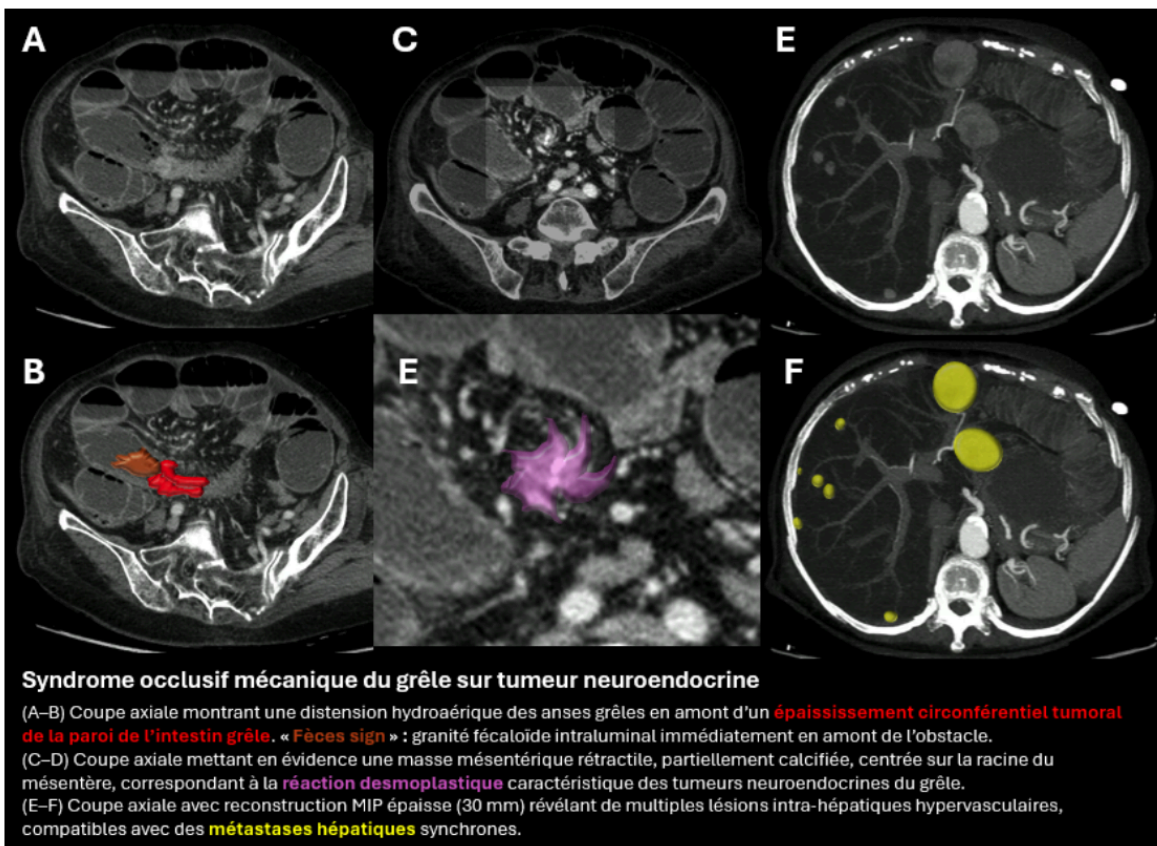
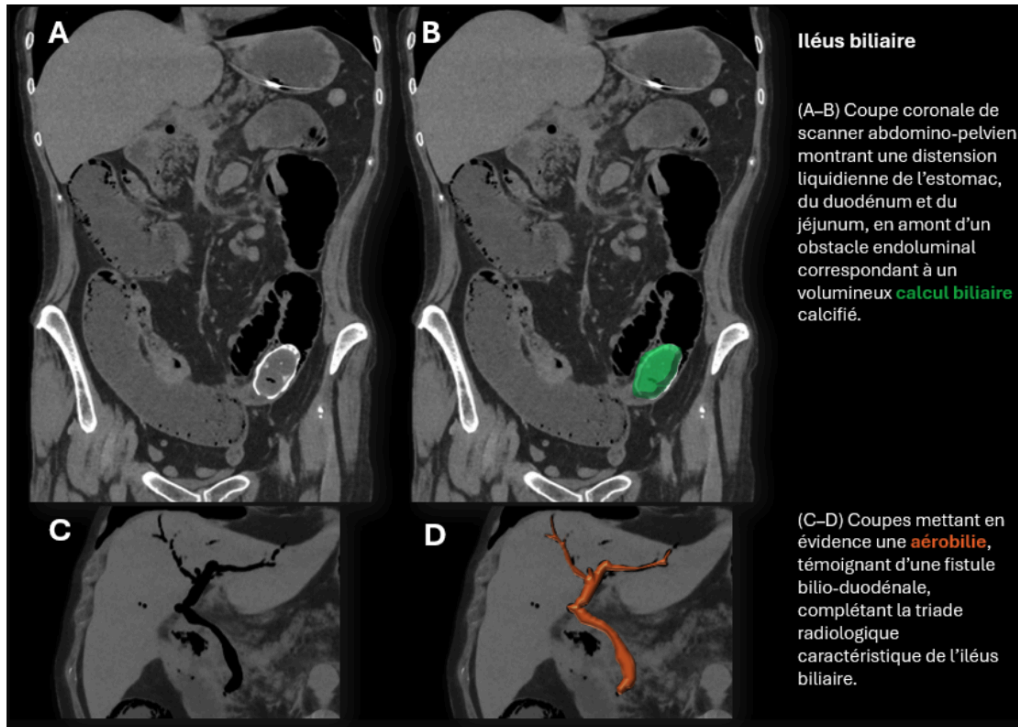
Le compte rendu doit répondre clairement à quatre questions clés :

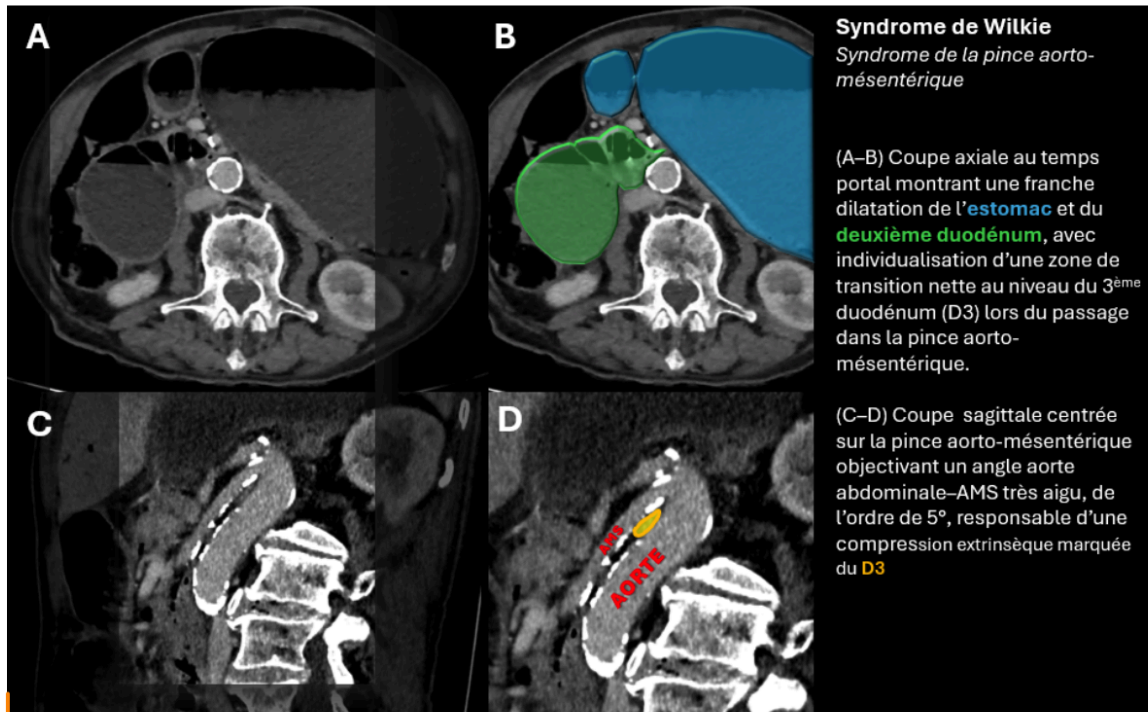
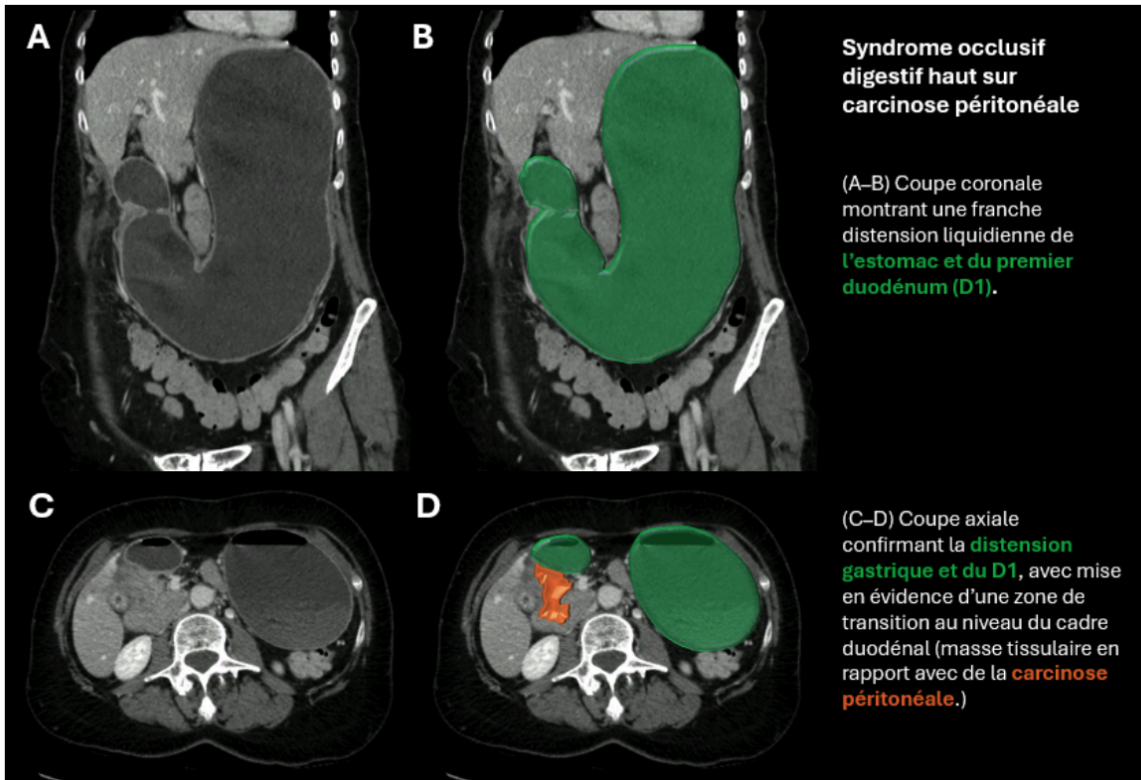
1. Occlusion mécanique ou fonctionnelle ?
2. Siège de l'occlusion : estomac-duodénum / grêle / colon
3. Mécanisme et cause probable : bride, adhérences / hernie / tumeur / volvulus / obstacle endoluminal
4. Présence de signes de gravité : strangulation / ischémie / perforation

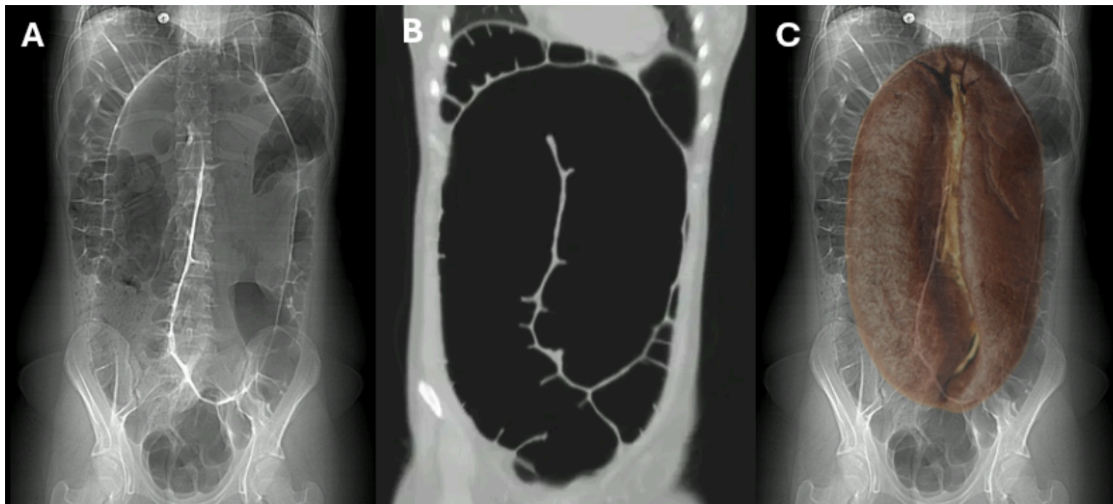
Ces éléments conditionnent l'orientation vers une prise en charge conservatrice ou chirurgicale en urgence.

## 6. ICONO : LES PRINCIPAUX MÉCANISMES D'OCCLUSION



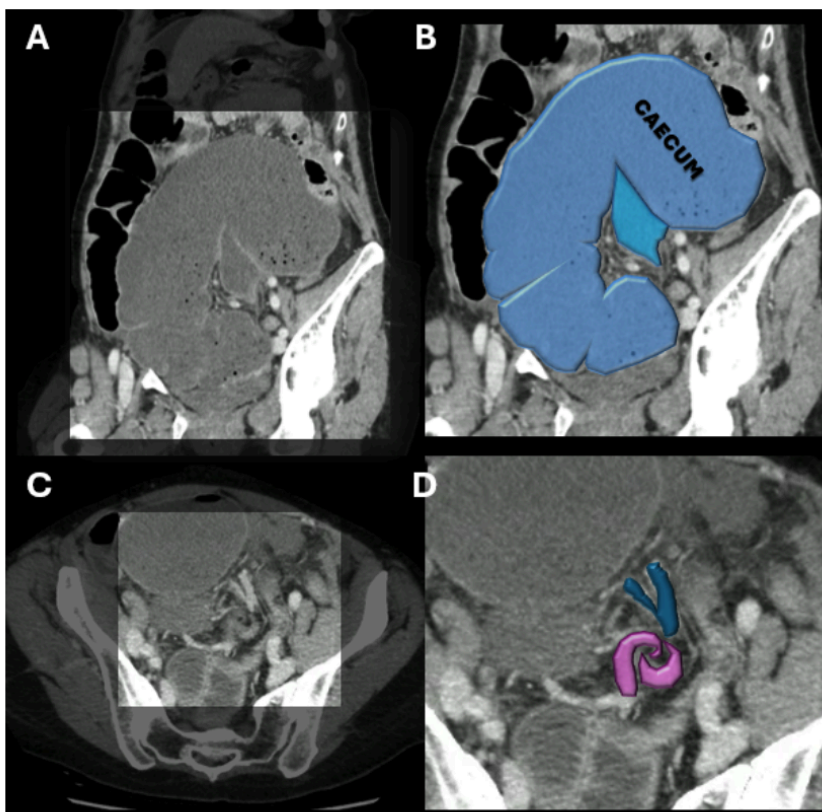






### Volvulus du sigmoïde

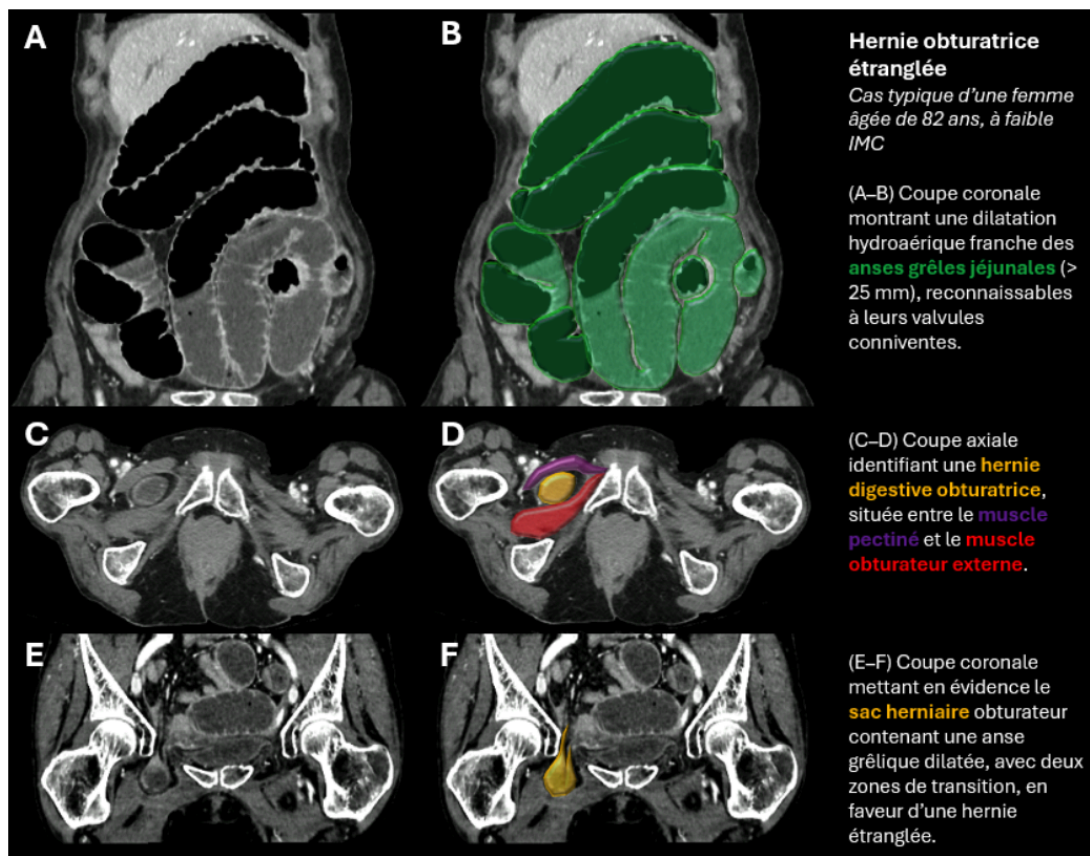
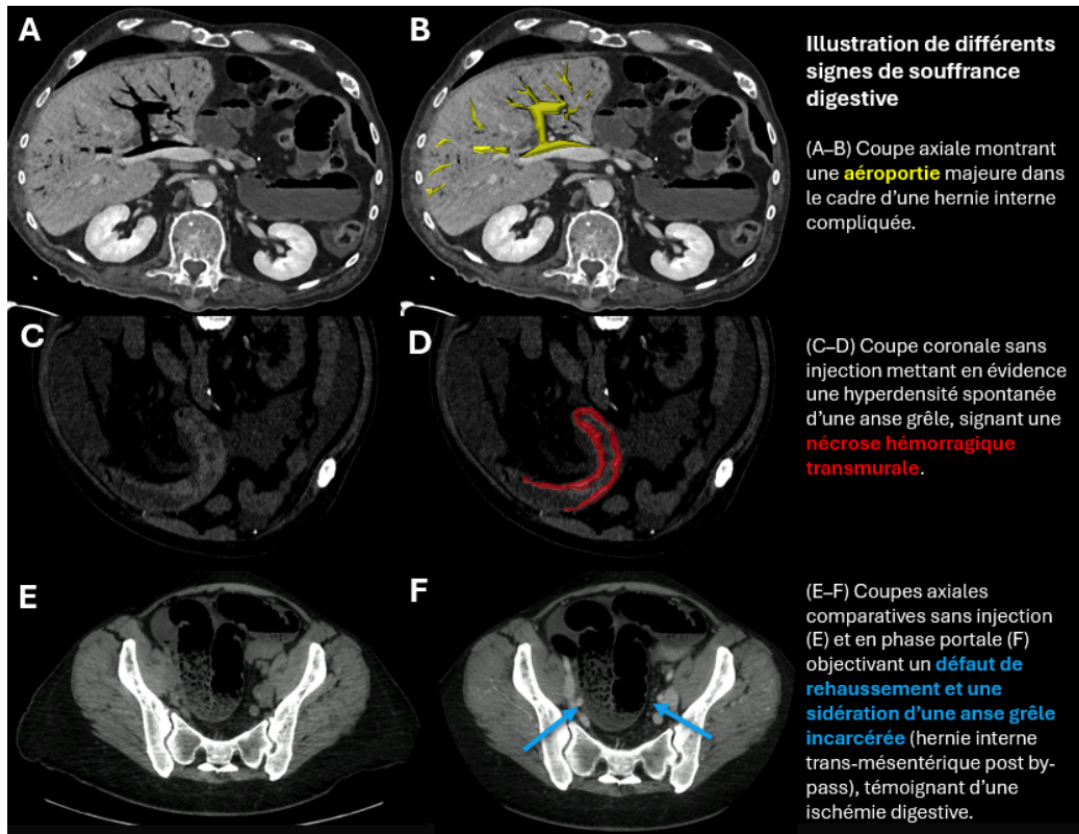
(A) Scout view de face du scanner abdomino-pelvien mettant en évidence une distension colique massive  
 (B) Coupe coronale montrant une franche distension aérienne de la boucle sigmoïdienne, aux parois amincies, réalisant une configuration en anse fermée.  
 (C) Fusion du scout view avec une illustration schématique de « grain de café », rappelant le signe radiologique emblématique du volvulus du sigmoïde organo-axial, traduisant la torsion de la boucle sigmoïdienne autour de son axe mésentérique.



### Volvulus du cæcum

(A–B) Coupe coronale montrant une malposition avec rotation du **cæcum**, anormalement situé au niveau du flanc gauche, associée à une franche dilatation liquidienne. On observe une dilatation de la **dernière anse iléale** jusqu'à une zone de transition abrupte.

(C–D) Coupe axiale mettant en évidence le signe du tourbillon (whirl sign), correspondant à l'axe de rotation du volvulus, avec pincement des **structures digestives**. En amont de la zone de strangulation, dilatation des **veines mésentériques**



## 7. POUR ALLER PLUS LOIN

- Unenhanced CT for predicting bowel necrosis in small bowel obstruction – Radiology, 2024
- Pearls and pitfalls of imaging small bowel obstruction – CARJ, 2024
- Bowel obstruction: CT signs indicating urgent surgery – Radiologia, 2023
- Adhesive small bowel obstruction: predictive radiology – Radiology, 2020
- Closed-loop bowel obstruction and emergency surgery – Eur Radiol, 2020
- Assessment of strangulation in adhesive SBO – Radiology, 2017

Vous voulez d'autres cas d'imagerie d'urgence ?

[www.imaios.com/fr/e-cases](http://www.imaios.com/fr/e-cases) ou scannez le QR code



Pour des rappels d'anatomie [www.imaios.com/fr/e-anatomy](http://www.imaios.com/fr/e-anatomy)

## **AGENDA**

### **LE CONGRES SFMU EN JUIN À PARIS !!!**



Du 03 au 05 juin 2026 au Palais des Congrès à Paris, ne manquez pas le congrès annuel de la Société Française de Médecine d'Urgences! Innovations, recommandations, rencontres, l'occasion de s'impliquer au maximum dans l'actualité de la Médecine d'Urgences en France. L'AJMU sera présente pour vous représenter et pour pouvoir vous retrouver et échanger autour de notre spécialité!

### **Le COPACAMU EN MARS À MARSEILLE**

## **COPACAMU**

RDV les 26 et 27 Mars 2026, à Marseille pour le congrès annuel du collège PACA de médecine d'urgences ! Réunissant le monde médical et paramédical, c'est l'occasion idéale d'en apprendre plus sur les innovations scientifiques et les relations humaines en médecine d'urgence sous le grand soleil de Marseille!

### **MASTERCLASS DE MANAGEMENT PAR LA SFMU!**

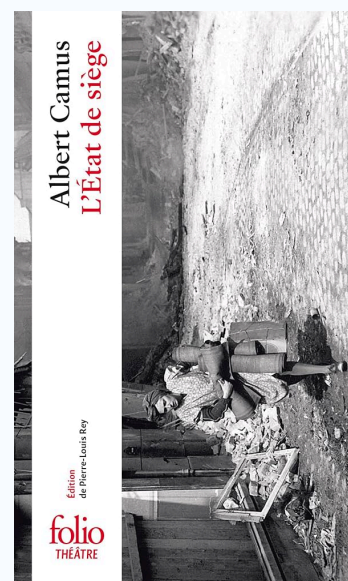


En distanciel le mardi 17 mars, masterclass par la SFMU sur la question du Management au sein de la médecine d'urgences, sur l'organisation des services ou encore l'architecture des médecines d'urgences! L'occasion de s'ouvrir sur des sujets extra-médicaux mais tout aussi impactant pour nos patients!

## **RECOMMANDATIONS CULTURELLES**

### **ON A LU : L'ÉTAT DE SIEGE D'ALBERT CAMUS**

Pièce de théâtre écrite à la sortie de la Seconde Guerre mondiale en 1948, *L'État de Siège* de Camus met en scène une ville opprimée par une dictature incarnée par La Peste. A travers cette pièce, Camus décrit un régime de peur où la contrainte, la raison et la force viennent contraindre la créativité, la diversité et la liberté. Dans un monde en perpétuelle crise, ce livre résonne encore fortement dans nos sociétés et sur la manière donc le courage individuel et collectif vient faire face aux situations d'oppression!



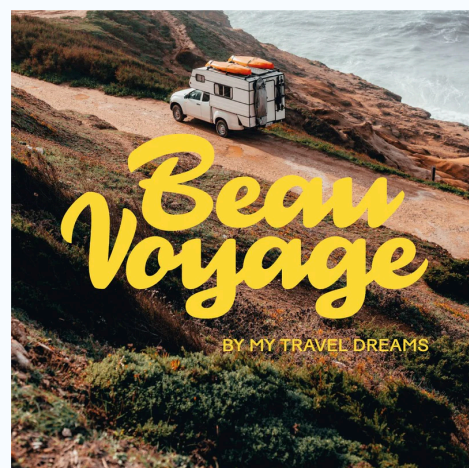
### **ON A VU : LES 7 DE CHICAGO**

Film d'Aaron Sorkin sorti en 2020, inspiré d'un procès réel qui suit sept militants accusés d'avoir provoqué des émeutes lors de la convention démocrate de 1968, en pleine guerre du Vietnam, ce film captivant vous transportera dans les différentes facettes de l'engagement, sur la lutte pour la défense de nos droits et sur la fragilité de ces derniers. Véritable voyage historique, vous risquez de ne pas voir passer votre soirée!



### **ON A ÉCOUTÉ : LE PODCAST BEAU VOYAGE PAR MARIE FAURE-AMBROISE**

Où comment voyager et découvrir des histoires de vie extraordinaires tout en prenant les transports en commun sous la pluie! J'ai découvert ce podcast via l'émission sur Mathieu Courdresses, photographe animalier hors du commun et je vous invite à le découvrir! Peut-être cela vous donnera-t-il de nouveaux projets?



## **IDÉE RECETTES : Le BOWL que tu vas manger toute la semaine : BOEUF POIREAUX OIGNONS**

Trouvé sur la chaîne de YouTube de Whoogy's

**Simple, efficace en moins de 25 minutes, tu auras tous tes Tupps pour la semaine!**

### **Ingrédients**

- 300 g boeuf haché
- 1 gousse d'ail
- 1 pouce de gingembre
- 2 poireaux
- 3 càs de sauce huître
- 3 càs de sauce soja
- 1/2 càc d'huile de sésame
- Sel
- Poivre
- Piment d'Espelette
- 15 cl d'eau
- Cébette (facultatif)
- 140g de riz



### **Les étapes :**

1. On se cuit le riz après l'avoir bien rincé, idéalement à la vapeur ou au Rice Cooker
2. On retire le vert de poireau et les racines, on le coupe en deux puis on le coupe en petit morceaux
3. Râper les gousses d'ail et le gingembre
4. On verse dans une poêle à feu moyen de l'huile, puis on met le boeuf hachée, attention on veut pas des boulettes mais une viande bien hachée
5. On ajoute les poireaux, l'ail et le gingembre, on remue!
6. On assaisonne avec du soja, de la sauce huître, du sel, du poivre et du piment d'espelette
7. On mouille tout avec un peu d'eau et on va chercher les sucs de cuissons au fond de la poêle
8. On laisse réduire entre 3 et 5 minutes
9. Dans un bol on met le riz, puis le boeuf aux poireaux bien chaud
10. On rajoute des graines de sésame et des cébettes coupées très fines pour la fraîcheur
11. Bon appétit !

## PARTENARIAT

Pour découvrir tous les avantages proposés par nos partenaires, rendez-vous sur le site de l'AJMU : <https://ajmu.fr/partenaires/>

NEW :



L'accès au **module Médecine Générale** est **gratuit** pour les adhérents à l'AJMU !

Le joker pour les soins ambulatoires !

RÉSEAU  
**PR+**  
SANTÉ



IMADIS  
groupe

 **PulseLife**

 **ELSAN**  
Notre Santé autrement

**Sfmu**  
Société Française de  
Médecine d'Urgence



 **CAISSE  
D'ÉPARGNE**

**echopen**  
FACTORY