



AJMU

LE MAGAZINE

Dossier :

Intoxication aux nouvelles substances psychoactives

Actu 1:

Santé mentale, une révolution politique et philosophique en marche

Actu 2:

Retour sur la COPACAMU

Point cours :

Hypertension artérielle pulmonaire

Agenda

Recommandations culturelles

Pêle-mêle en partenariat avec IMADIS

Idées recettes rapides

Filière de santé maladies rares

Partenariat



Payetesurgences



L'EDITO :

Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Afin de bien débiter ce nouveau semestre, **le bureau de l'AJMU** vous a préparé un nouveau numéro de son magazine.

Si les **intoxications aux nouvelles substances psychoactives** vous retournent la tête, vous pourrez retrouver dans notre dossier les principales choses à savoir pour mieux les prendre en charge.

Charlotte et Naomi ont eu le plaisir d'assister à la **COPACAMU** et vous feront un petit retour dessus.

Pour l'autre actualité, nous ferons un petit tour par la Santé mentale avec notre représentante dans le domaine Charlotte.

Le point cours réalisé en collaboration avec les filières de santé maladies rares portera sur la prise en charge de l'hypertension artérielle pulmonaire.

Le groupe **IMADIS** vous permettra ensuite à travers son pêle-mêle d'imagerie de faire le point sur la cholécystite et l'angiocholite.

Vous pourrez pour finir retrouver l'agenda des prochains mois, nos recommandations culturelles, les offres d'emploi ainsi qu'une belle recette pour agrémenter votre quotidien.

Faustine



SOMMAIRE

Dossier : <ul style="list-style-type: none">● <i>Intoxication aux nouvelles substances psychoactives</i>	<i>p.3</i>
ACTUS: <ul style="list-style-type: none">● <i>Santé mentale, une révolution politique et philosophique en marche</i>● <i>Retour sur la COPACAMU</i>	<i>p.16</i> <i>p.18</i>
POINT DE COURS : <ul style="list-style-type: none">● <i>Hypertension artérielle pulmonaire</i>	<i>p.20</i>
AGENDA : congrès et formations	<i>p.21</i>
PÊLE-MÊLE : <ul style="list-style-type: none">● <i>Imagerie Cholécystite / Angiocholite</i>	<i>p.32</i>
ON A VU, ON A LU	<i>p.43</i>
IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE :	<i>p.44</i>
ANNONCES	<i>p.45</i>
PARTENARIAT	<i>p.47</i>



Dossier : Intoxications aux nouvelles drogues de synthèse

Pour ce nouveau dossier nous allons nous pencher sur les intoxications aux nouvelles substances psychoactives. Les intoxications aux drogues classiques ont été largement décrites mais de plus en plus de nouvelles drogues issues de combinaison voient le jour et nous mettent en difficulté dans notre quotidien d'urgentiste.

Etat des lieux :

Une NSP kékako ? Une NSP (nouvelle substance psychoactive) est définie par l'UNODC (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime) comme des « substances psychoactives, pures ou sous forme de préparation, qui ne sont pas réglementées par les conventions internationales sur les drogues, mais qui peuvent constituer une menace pour la santé publique »

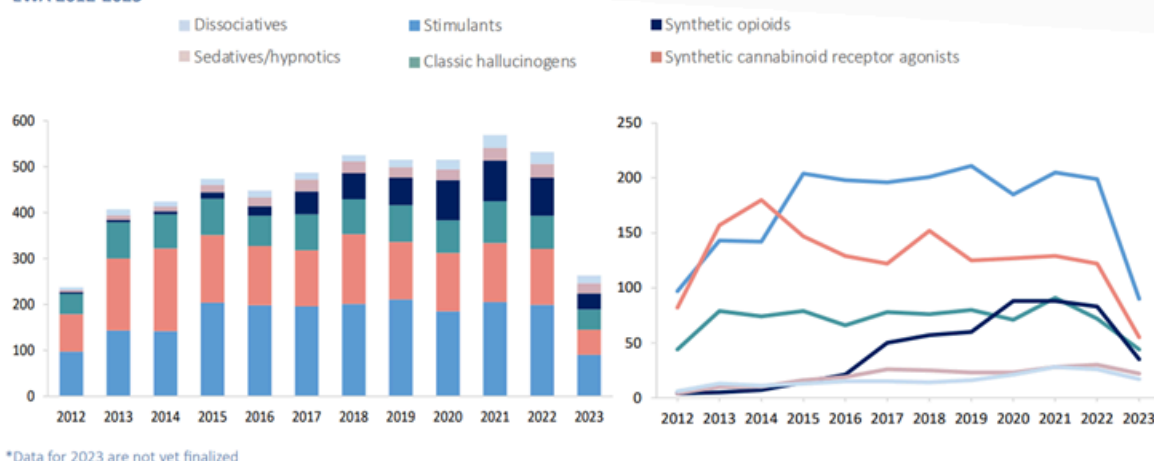
Ces NSP évoluent en nombre depuis les années 2000 avec une hausse de « 50% » entre 2009 et 2012. En 2013, le nombre de NSP dépasse celui des substances sous contrôle international.

L'UNODC suite à cette augmentation a créé un système d'alerte précoce international pour surveiller les NSP à travers le monde.

De leur dernier rapport de 2024 ressortent les données suivantes :

- 1245 NSP déclarées par 142 pays.
- 15 pays ont identifié plus de 300 substances et 93 en ont déclarées moins de 50, ce qui montre la répartition complexe entre les pays.
- Le nombre de NSP déclarées est d'environ 400 à 500 chaque année avec une diminution récente, on en recense 44 en 2022 et 31 en 2023.
- Parmi les NSP de 2023, les substances les plus retrouvées sont les opioïdes synthétiques (36%), cathinones synthétiques et SCRA (agoniste synthétiques des récepteurs cannabinoïdes = 24%).

Figure 2: Emergence of NPS by effect group reported to the UNODC EWA 2012-2023*



En France, les données des centres d'addictovigilance sont issues de 3 programmes, les notifications spontanées, l'OPPIDUM et le DRAMES.

“Une augmentation du nombre de NotS (notifications spontanées) est observée avec un nombre de cas de complications en lien avec les NSP qui double en 4 ans (2020–2023), pour atteindre 604 cas en 2023. Comme chaque année, le top 3 des familles de substances se partage entre les cathinones de synthèse (1), les cannabinoïdes de synthèse (2) et les dissociatifs (3)”.

Au sein du programme OPPIDUM:

- augmentation des “usagers consommateurs de NPS passant de 17 (0,3 %) sujets en 2016 à 92 (1,7 %) en 2023”.
- “83 % des usagers de NPS déclarent consommer des cathinones et pour 10 % d'entre eux la 3-MMC était le premier produit illicite consommé (vs 3 % au niveau national).”
- “Pour 37 % d'entre eux, c'est la famille NPS-cathinone qui les a rendus dépendants (principalement la 3-MMC).”

Au sein du programme DRAMES:

- “108 décès (134 NPS mentionnées) ont été inclus sur 10 ans (2012 à 2022).”
- “augmentation des décès d'usagers de NPS passant de 3 cas en 2012 vs 14 en 2022.”
- “surreprésentation des NPS stimulants (81 % des décès NPS (88/108)).”

Drogues classiques :

- **Les stimulants (amphétamines, méthamphétamine, MDMA, MDEA, MDA, cocaïne)**

-> Effets psychiques : euphorie, bien être, idées de grandeur, tachypsychie, désinhibition, hypervigilance, amélioration biaisée de la concentration, anorexie, insomnie

-> Effets physiques : tachycardie, HTA, augmentation de la fréquence respiratoire (amphétamines), mydriase, pâleur cutanée.

-> Effet indésirable = Hyperthermie maligne (MDMA, ecstasy, amphétamines): manifestation d'un syndrome sérotoninergique avec hyperthermie, agitation, confusion, convulsions, coma, mydriase, sueurs, tachycardie, HTA, pâleur, rhabdomyolyse, vomissements.

-> Syndrome de sevrage : humeur dysphorique, asthénie, hypersomnie, augmentation de l'appétit, ralentissement psychique, agitation.

-> Prise en charge : traitement des symptômes uniquement.

- **Les cannabinoïdes (cannabis)**

-> Effets psychiques : euphorie, bien être, retrait social, anxiété, effet paranoïa, hallucinations, trouble de l'équilibre.

-> Effets physiques : hyperhémie conjonctivale, augmentation d'appétit, bouche sèche, tachycardie.

-> Syndrome de sevrage : irritabilité, anxiété, tristesse de l'humeur, impatience, trouble du sommeil, perte de poids, douleur abdominale, tremblement, sudation, fièvre, céphalées.

-> Prise en charge : traitement de l'anxiété par anxiolytiques histaminergique comme l'hydroxyzine ou antipsychotiques si symptômes psychotiques.

- **Les opioïdes (héroïne, méthadone, codéine, fentanyl)**

-> Effets psychiques : Sensation de bien être intense et immédiat, somnolence, apathie, anxiété, trouble cognitif.

-> Effets physiques : trouble de la conscience, dépression respiratoire, myosis serré. Hypothermie, trouble du rythme cardiaque, hypotension artérielle, trouble digestif, prurit.

-> Syndrome de sevrage : syndrome pseudo grippal, larmoiement, rhinorrhée, mydriase, tachycardie, HTA, anxiété, hémococoncentration avec hyperleucocytose et hyperglycémie.

-> Prise en charge :

Une hospitalisation est souvent nécessaire.

En urgence : VVP, macromolécules puis G5% + NaCl + KCl, scope, réchauffement, surveillance FR, FC, conscience, SaO2.

Traitement par *Naloxone*: dose initiale de 0.4 à 2 mg à passer progressivement 0.1mg toutes les 2-3 minutes, la dose peut être répétée avec un maximum de 10 mg. Diazépam si convulsions. Resucrage si hypoglycémie.

Antibiothérapie probabiliste sur point d'appel.

- **Les dépresseurs (Benzodiazépines), Alcool**

-> Effets psychiques : sédation, troubles de la vigilance, dysarthrie, ataxie.

-> Effets physiques : dépression respiratoire, coma.

-> Sevrage : tremblement, anxiété, insomnie, céphalée, confusion, hallucinations, troubles de la vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma.

-> Prise en charge : antidote par *Flumazénil* en ayant éliminé les cointoxications.

- **Les psychédéliques (LSD, Psylobicine, Mescaline, DMT, Kétamine, PCP)**

-> Effets psychiques : hallucinations, distorsions perceptuelles, agitation, déréalisation.

-> Effets physiques : mydriase, nystagmus, hyperthermie, tachycardie, HTA, tachypnée, troubles cognitifs avec trous noir, dépression respiratoire (kétamine), coma, retard prolongé du réveil (kétamine).

-> Sevrage : hallucinations, flashes de couleurs, anxiété, tremblements, palpitations (kétamine).

-> Prise en charge : traitement symptomatique, évoquer intoxication mixte, ne pas oublier un possible traumatisme crânien associé.

Principaux toxidromes des NSP :

- **Les stimulants :**

On les retrouve sous les noms commerciaux suivants : « sels de bains », « Vanilla sky », « ivory wake », « meow meow », « herbal ecstasy », « legal x »...

-> 4-MA (4-méthylamphétamine), 4-FA (4-Fluoroamphétamine) :

Phénéthylamines prises par voie orale, intranasale, sublinguale, intraveineuse ou intra rectale.

Complications:

- Psychiques: agitation, anxiété, paranoïa, anorexie, hallucinations.
- Neurologiques: confusion, convulsions, tremblements, hypertonie, myoclonies, nystagmus, céphalées, vertiges.
- Cardiovasculaires: tachycardie, HTA, palpitations, mydriase, syndrome de tako-tsubo (4-FA).
- Digestives: nausées, vomissements, douleurs abdominales.
- Autres: Bruxisme, hyperthermie, sudation, prurit, hypersialorrhée, trouble vasomoteur.
- **Tableau sévère:** trouble de conduction/rythme, SCA, oedème pulmonaire, hémorragie cérébrale, hyperthermie sévère, convulsions persistantes. Rhabdomyolyse, hyperkaliémie, hyponatrémie, acidose métabolique et respiratoire. Insuffisance hépatique, CIVD, coma, décès.

-> Les Benzofuranes :

Action proche de la MDMA avec propriétés hallucinogènes plus marquées. Prise per os ou intranasale.

Complications:

- Psychiques: agitation, anxiété, hallucinations, troubles du sommeil.
- Somatiques: convulsions, confusion, tremblements, myoclonies, hypertonie. Douleur thoracique, tachycardie, hypo-hypertension artérielle, palpitations, tachypnée. Bruxisme, hypersudation, pâleur, mydriase, vomissements, douleurs abdominales. Céphalées, rétention urinaire, hypo-hyperthermie.
- **Tableau sévère:** hyperthermie sévère, convulsions persistantes, tachycardie, hyponatrémie, hyperkaliémie, acidose métabolique et respiratoire, rhabdomyolyse, IRA, coma, hépatotoxicité, CIVD, oedème pulmonaire, hémorragie cérébrale, défaillance multiviscérale. Décès

-> Cathinones de Synthèse :

Administration par voie orale, intranasale (“sniff”), intraveineux (“slam”), intra-rectale (“plug”), inhalée, intraoculaire (“eyeballing”) ou intramusculaire (rare).

Elles proviennent du kath, arbuste originaire du Yémen et d’Ethiopie.

Complications:

- Psychiques: Anxiété, état délirant aigu, acidose métabolique, hallucinations, paranoïa, insomnie, épisode dépressif, idées suicidaires, trouble cognitif.
- Générales: asthénie, fièvre, bouffées de chaleur, sueurs, sécheresse buccale, cauchemars, incurie.
- Neurologiques: céphalées, vertiges, tremblements, confusion, convulsion.
- Ophtalmologiques: flou visuel, mydriase, nystagmus.
- Cardiovasculaire: tachycardie, HTA, douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée, myocardite
- ORL (prise nasale): épistaxis, lésions de la cloison, acouphènes, bruxisme.
- Digestives: douleurs abdominales, perte d’appétit, nausées, vomissement, insuffisance hépatique aiguë.
- Génito-urinaire: trouble de la fonction érectile, anorgasmie, troubles de la libido.
- Rénales: hyponatrémie, hyperkaliémie, insuffisance rénale aiguë post rhabdomyolyse.
- Musculo-squelettique: élévation des CPK, vasoconstriction périphérique.
- Décès: de nombreux cas ont été reportés.

-> Analogues des phénidates :

Se consomment par voie orale, intranasale, fumée, intra rectale, intraveineuse.

Complications:

- Psychiques: agitation, état délirant aigu, anxiété, hallucinations, paranoïa, cauchemars, léthargie.
- Neurologiques: mydriase, hyperréflexie, tremblements, dyskinésie orofaciale, bruxisme, confusion, convulsions, coma.
- Cardiovasculaires: tachycardie, troubles du rythme, douleur thoracique, hypertension artérielle, AVC.
- Autres: diarrhées, vomissements, hyperthermie, troubles vasomoteurs, mort subite.

● **Les Cannabinoïdes de synthèse :**

Les produits aux noms commerciaux les plus consommés sont les suivants : « Spice », « Scooby snax », « Yucatan fire », « K2 », « Buddha Blue = PTC ».

Administration : ingérée comme c'est le cas du « space cake », ou inhalés « cigarette, pipe à eau », intranasale de manière plus marginale.

Ils ont jusqu'à 100 fois plus d'affinité aux récepteurs.

Durée d'action : début des effets en 20 à 60 min, pic d'action entre 2 et 5h, disparition des effets en 24h.

Complications:

- Psychiques: Hallucinations, paranoïa, anxiété, agitation, symptômes dissociatifs, risque suicidaire.
- Neurologiques: confusion, mydriase, hyperréactivité aux stimuli, vertiges, somnolence, coma, crises convulsives, AVC (PTC).
- Cardiovasculaires : SCA.
- Autres: nausées, vomissements (syndrome d'hyperémèse cannabique), syndrome d'hyperémèse cannabinoïde, douleurs abdominales, dyspnée, xérostomie, hyperhémie conjonctivale, désordres glycémiques, rhabdomyolyse, IRA.
- **Tableau sévère:** tachycardie, hypertension artérielle, douleur thoracique, changements ECG, ACR, décès.

-> Cannabinoïdes semi-synthétiques : HHC, HHCP, HHCO

Les principales voies d'administration sont par inhalation, per os, sublinguale.

Complications:

- Psychiques: anxiété, déréalisation, euphorie.
- Neurologiques: asthénie, somnolence, ralentissement, vertiges, céphalées, mydriase, confusion.
- Cardiovasculaires: palpitations, tachycardie, hypertension artérielle.
- Autres: xérostomie, douleurs abdominales, vomissements.
- Aucun décès n'a encore été rapporté.

- **Les nouveaux opioïdes de synthèse (NOS):**

Les plus consommés sont retrouvés sous les noms suivants : « Gray death », « Pink », « Serial killer »...

Ils agissent principalement sur les récepteurs « μ » avec une affinité jusqu'à 2000 fois supérieure que les opioïdes classiques.

Administration : orale, intranasale, intraveineuse, inhalée, rectale ou sublinguale rarement.

- Surdosage : triade des opioïdes (myosis, dépression respiratoire et troubles de la conscience). La dépression respiratoire est augmentée par rapport aux opioïdes classiques, ainsi le recours aux assistances respiratoires est plus important. Perte d'audition, ototoxicité, délirium si sevrage. Bradycardie ou tachycardie suivant les formes.
- Syndrome cholinergique avec la désomorphine (« Krokodil »): hypersalivation, confusion, incontinence, faiblesse musculaire, sueurs, fasciculations, œdème pulmonaire, convulsions.

Antidote : naloxone au-delà des doses habituelles.

- **Les dépresseurs : GHB/GBL et nouvelles BZD**

Ils agissent sur les récepteurs Gabaergique.

-> “Designer” Benzodiazépines :

Administration orale, intranasale, intraveineuse, inhalée sous la forme de comprimés ou poudre vendus sur internet. Les molécules les plus connues sont les suivantes: Etizolam, Clonazolam, Flunitrazolam, Flualprazolam...

Complications:

- Psychiques: anxiolytique, sédatif.
- Neurologiques: somnolence, agitation, amnésie, ataxie, confusion, hallucinations.
- Autres: coma, dépression respiratoire, décès.

-> GHB/GBL/ 1,4-BD :

Voie d'administration orale principalement, intranasale/intraveineuse et intra rectale plus rarement

Complications:

- Delirium: hallucinations, tachycardie, augmentation de la fréquence respiratoire.
- Neurologiques: G-Hole = coma profond non réactif associé à bradycardie, hypothermie, vomissements, nystagmus, myosis/mydriase, myoclonies. Syndrome extra-pyramidal.
- Cardiovasculaires: palpitations, tachycardie, hypertension artérielle, douleur thoracique.

- Autres: nausées, déshydratation, irritation cutanée si contact GBL à la peau, inflammation des muqueuses, décès.

GHB (forme liquide, incolore, inodore, amer, rarement en poudre): décelable dans les urines dans les 12h, euphorie, déshinhibition, stimulation libido -> drogue du viol.

GBL (liquide huileux incolore, odeur de beurre rance) -> retrouvé dans les peintures, le nettoyage des carrosseries, très accessible et il est métabolisé en GHB.

-> Kratom (feuilles d'arbre d'Asie du Sud Est) :

Malgré ses propriétés opioïdiques, il est classé dans les dépresseurs. Il est consommé sous forme mâchée ou infusée.

Complications: excitation motrice, vertiges, troubles de la coordination, hépatotoxicité, tachycardie, ACR, hyperthermie, convulsions.

- **Les psychédéliques**

Propriétés hallucinogènes et antidépressives en agissant sur les récepteurs 5HT2A et 5HT2C.

-> DOB (2,5-Diméthoxy-4-bromoamphétamine) :

Bien que faisant partie de la catégorie des hallucinogènes, cette substance a une structure chimique en lien avec les amphétamines.

Administration per os.

Complications:

- Psychiques: agitation, dépersonnalisation, flashback, troubles mnésiques, hallucinations.
- Neurologiques: convulsions, myalgies, paresthésies des membres, crampes
- Cardiovasculaires: spasme artériel, HTA.
- Digestives: vomissements, diarrhées.
- **Tableau sévère:** comportements violents, convulsions persistantes, acidose métabolique, vasoconstrictions des extrémités, décès.

-> Les dérivés de la kétamine :

On les retrouve sous les noms suivants: vitamine K, special K, kéta, M-ket, special M...

Administration orale, par inhalation, intramusculaire, intraveineuse, intra rectale

Complications:

- Psychiques: troubles de la mémoire avec trou noir, agitation, hallucinations terrifiantes, troubles du jugement, état délirant aigu.
- Neurologiques: tremblements, troubles de coordination motrice, confusion.
- **Tableau sévère:** Anomalies rythme cardiaque, ACR, insuffisance rénale aiguë, cytolysé hépatique, rhabdomyolyse, hyperthermie, convulsions, décès.

-> Dérivés de la Mescaline :

Extrait de nombreux cactus d'Amérique, qui se consomme par voie orale, sublinguale ou par inhalation.

Complications:

- Psychiques: agitation, hallucination, anxiété.
- Neurologiques: mydriase, tremblements, raideur musculaire, ataxie, hyperréflexie.
- Cardiovasculaire: tachycardie, hypertension artérielle.
- Autres : hyperthermie, hypersudation, décès.

-> Tryptamines émergentes :

Consommation par voie orale, inhalée, intranasale, intraveineuse.

Complications:

- Psychiques: agitation, hallucination, anxiété, idées délirantes et suicidaires.
- Neurologiques: confusion, paralysie cataleptique, mydriase, tremblements.
- Cardiovasculaires: tachycardie, hypertension artérielle, palpitations.
- Autres: hyperthermie, tachypnée, sudation, vomissements.
- **Tableau sévère:** acidose métabolique, rhabdomyolyse, insuffisance hépatique et rénale, infarctus du myocarde, hémorragie pulmonaire, décès.

- **Autres:**

-> Famille des 2C-X, 2C-B, 2C-I, 2C-E, 2C-T-7...

Faisant partie de la famille des hallucinogènes et des stimulants, leur composition est proche de celle de la mescaline.

Parfois ces produits circulent sous la forme d'une poudre rose appelée "Tucibi", cette forme contient en réalité une association de MDMA et de kétamine.

Administration orale, intranasale ou intrarectale.

Complications:

- Psychiques: dépersonnalisation, paranoïa, hallucinations, agitation, attaque de panique.
- Neurologiques: céphalées, convulsions, confusion.
- Cardiovasculaires: tachycardie, hypertension artérielle.
- Autres: vomissements, diarrhées, déshydratation, hyperthermie, tension musculaire, décès.

-> Les pipérazines N substituées :

Structure caractérisée par un noyau pipérazine, retrouvées sous deux groupes : les benzylpipérazines et les phénylpipérazine. Administration orale et inhalée.

Complications:

- Psychiques: agitation, anxiété, hallucinations, insomnies, écholalie.
- Neurologiques: confusion, crise de fou rire, tremblements, hypertonie, myoclonies, céphalées, vertiges.
- Cardiovasculaires: tachycardie, douleur thoracique, hypertension ou hypotension artérielle, palpitations.
- Autres: bruxisme, sueurs, flush, tachypnée, mydriase, vomissements, rétention urinaire, hyperthermie, hypothermie.
- **Tableau sévère:** hyperthermie, convulsions, hyponatrémie, hyperkaliémie avec acidose, rhabdomyolyse, coma, insuffisance rénale aiguë, CIVD, insuffisance hépatique aiguë, oedème pulmonaire, hémorragie cérébrale.

En pratique, quid de la prise en charge ?

- **ABCDE:**

Comme pour toute situation d'urgence c'est l'acronyme qui va nous guider avant d'en savoir plus avec les examens complémentaires.

TABLEAU 4. Traitement suivant l'ABCDE

A-Airway	lever les éventuelles obstructions, instrumentalisation des voies aériennes
B-Breathing	oxygène, assistance ventilatoire (non invasive ou invasive), aérosols
C-Circulation	volémisation intraveineuse, support vasopresseur, inotropes, circulation extracorporelle
D-Drugs	antidotes si indiqués, correction troubles glycémiqes/ ioniques / métaboliques
E-Environment	Soins de plaies, immobilisation des fractures

- **Examens complémentaires :**

-> ECG

-> Glycémie, biologie (troubles hydroélectrolytiques, rhabdomyolyse, atteinte hépatique/rénale, souffrance myocardique) , gazométrie (acidose métabolique, lactique ou respiratoire)

-> toxicologie (sang + urines +/- cheveux)

-> TDM cérébrale (si traumatisme cérébral ou discordance clinique/toxique)

- **Traitement:**

Ne pas hésiter à se référer au CEIP-A le plus proche

Administration précoce de charbon actif dans certains cas.

Le traitement est essentiellement symptomatique et a pour but de restaurer une volémie adaptée.

> Volémisation, support respiratoire, cardiaque (ECMO), dialyse.

> Si convulsions ou agitation : benzodiazépines ou barbituriques +/- neuroleptique après vérification QTc et en fonction des intoxications.

> Antidotes en cas de mono intoxication probable:

- Naloxone : Des doses importantes seront employées. Risque d'effets indésirables à type de sevrage aigu, agitation, arythmie, convulsion, HTA, œdème pulmonaire.

- Flumazenil: si trouble grave de la conscience et intoxication aux benzodiazépines.
- Des antagonistes des récepteurs endocannabinoïdes sont actuellement à l'étude.


Conclusion:

Les nouvelles substances psychoactives seront l'apanage des intoxications dans les années à venir. Par la composition modifiée de leurs substances, ces intoxications se manifesteront souvent par plusieurs toxidromes ce qui rend difficile leur identification. Toutefois, on peut les classer suivant leur substance principale. Le diagnostic repose sur la collaboration avec les centres experts et le traitement sur la prise en charge des symptômes.

Références:

https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/guide_NPS_2022.pdf
<https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/serpea.pdf>
https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2024-08/Brochure_NPS_2024.pdf
<https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/current-nps-threats.html>
<https://doi.org/10.1016/j.toxac.2025.01.078>

Faustine



ACTU 1 : Santé mentale, une révolution politique et philosophique en marche

Paris 2025 : un tournant historique pour la santé mentale

Les 16 et 17 juin 2025, Paris a accueilli une conférence majeure organisée par l'OMS/Europe et le ministère français de la Santé, réunissant responsables politiques, professionnels de santé et personnes concernées de 34 pays. Pendant deux jours, ces acteurs ont examiné comment chaque secteur – éducation, emploi, justice, logement, et bien d'autres – peut jouer un rôle dans la protection de la santé mentale et du bien-être.

Fait inédit et historique, les 31 pays de l'Union européenne présents ont signé une **déclaration d'intention** s'engageant à intégrer la santé mentale dans toutes les politiques publiques, marquant ainsi une avancée majeure dans la reconnaissance collective de cette problématique.

Cette avancée politique traduit une prise de conscience essentielle : la santé mentale ne peut plus être confinée à une seule sphère médicale ou sociale, mais doit être considérée comme un vecteur fondamental du bien-être individuel et collectif. Elle constitue un pilier invisible, mais indispensable, de la santé globale.

Les services d'urgence, miroir des fragilités psychiques

Pour nous, jeunes médecins urgentistes, souvent confrontés à l'urgence des corps et des crises somatiques, cet engagement européen résonne comme un appel à élargir notre regard. La santé mentale n'est pas une « sous-santé » ou un domaine secondaire, mais la trame même sur laquelle s'inscrit la santé de chacun. Nos patients ne sont pas que des corps en détresse : ils portent en eux une histoire, des émotions, des souffrances psychiques parfois sourdes mais tout aussi vitales.

Reconnaître la santé mentale ne suffit plus. Aujourd'hui, le défi est d'intégrer cette dimension au cœur de nos pratiques, non comme un simple complément, mais comme une réalité vivante, mouvante, parfois paradoxale. En médecine d'urgence, où le temps est compté et la vie en jeu, comment conjuguer la rapidité de l'acte médical avec la lenteur souvent nécessaire de l'écoute et de la compréhension psychique ? Comment naviguer entre protocoles stricts et singularités humaines ?

C'est précisément dans cette tension que se joue la vraie complexité de la santé mentale aujourd'hui : non plus à prouver, mais à incarner pleinement.

Santé mentale : un défi politique, social et démocratique

Au-delà de l'acte médical, la santé mentale est aussi le reflet des inégalités, des violences et des exclusions qui traversent nos sociétés. Elle nous rappelle que la santé est un bien commun, façonné par des environnements justes, des relations humaines respectueuses et des politiques inclusives.

Ainsi, l'intégration de la santé mentale dans toutes les politiques publiques ne relève pas d'une simple option, mais d'une nécessité démocratique et éthique. C'est en agissant sur les déterminants sociaux, en coordonnant les actions entre secteurs, que l'on pourra espérer améliorer durablement la santé mentale de nos populations.

Construire l'avenir : intégrer corps et esprit dans la pratique médicale

Alors que nous poursuivons nos engagements dans les services d'urgence, cette conférence nous invite à repenser notre rôle. Nous sommes à la croisée des chemins, entre l'urgence du corps et la nécessité d'entendre la parole, d'accompagner la détresse psychique, de repérer les fragilités invisibles.

La santé mentale ne se limite pas à la psychiatrie. Elle est une condition essentielle de la vie, une philosophie incarnée dans l'action, une invitation à considérer l'autre dans toute la complexité de son humanité.

Cette révolution silencieuse est un appel collectif à dépasser les cloisonnements, à inscrire la santé mentale au cœur de la santé globale, pour construire des réponses plus humaines, intégrées et efficaces. Pour nos patients, pour nous-mêmes, et pour la société toute entière, l'avenir de la santé passe par cette union retrouvée entre le corps et l'esprit.

Chiffres clés sur la santé mentale en Europe

- **17 %** des personnes en Europe vivent avec une affection liée à la santé mentale (OMS Europe, 2025).
- **31 pays** de l'Union européenne se sont engagés à intégrer la santé mentale dans toutes les politiques publiques.
- Les troubles mentaux représentent la première cause d'**incapacité au travail** dans la région européenne.
- Le coût annuel estimé des troubles mentaux dans l'UE s'élève à plus de **600 milliards d'euros** (soins, perte de productivité, exclusions).

La santé mentale impacte directement la **productivité au travail**, **l'éducation**, **le logement** et la cohésion sociale.

Charlotte

ACTU 2: COPACAMU 2025, deux jours au cœur de la médecine d'urgence à Marseille

Le COPACAMU a une nouvelle fois rassemblé toute la communauté urgentiste — médecins, internes, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers — pour deux jours riches en échanges, apprentissages et immersion pratique, au Palais des Congrès de Marseille.



Cette 24e édition a alterné moments forts et ateliers concrets, avec en ouverture une conférence humanitaire marquante de SOS Méditerranée ❤️, suivie de débats passionnants sur de nombreux thèmes d'actualités. Sans oublier la mythique South Cup, qui a offert une expérience immersive intense et ludique.

Les sujets abordés ont couvert tous les aspects de la spécialité : urgences en milieu isolé, toxicologie, accouchements inopinés, délégation de tâches, pédiatrie, simulation, pédagogie, médecine de guerre et pathologies rares. Une vraie plongée à 360° dans le quotidien et les défis des urgentistes.




Un temps fort : le retour d'expérience sur la gestion médicale des Jeux Olympiques, qui a illustré la complexité et la coordination nécessaires pour assurer la sécurité d'un tel événement.

Les ateliers pratiques ont permis à chacun de s'exercer sur l'échographie, la pose de VVP écho-guidée, pose de cathéter intra osseux, l'intubation pédiatrique, et même un escape game SSE pour tester ses réflexes.

Ce qui rend le COPACAMU unique, c'est cette ambiance conviviale, bienveillante et proche du terrain, où l'on peut apprendre, partager et se challenger.

On se donne rendez-vous pour la 25e édition en mars 2026 !

Charlotte & Naomi



POINT DE COURS : Hypertension artérielle pulmonaire

Pour ce nouveau point cours, nous allons nous intéresser à l'Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

Fiche de régulation SAMU :

Mécanismes

Terme générique qui regroupe un ensemble de pathologies cardio-pulmonaires caractérisées par une élévation progressive des résistances vasculaires pulmonaires qui peut entraîner à terme une défaillance ventriculaire droite.

Risques particuliers en urgence

- Décompensation cardiaque droite aiguë
- Complications liées aux traitements par époprosténol intraveineux : rupture de traitement, infection du cathéter tunnelisé
- Troubles du rythme cardiaque
- Hémoptysie
- Complications liées à la dilatation des artères pulmonaires.

Traitements fréquemment prescrits au long cours

- Traitements non spécifiques : anticoagulants (objectif d'INR selon l'étiologie).
- Traitements ciblés :
 - > dérivés de la prostacycline en administration continue (cathéter IV, SC à demeure) ;
 - > antagonistes des récepteurs de l'endothéline : bosentan, ambrisentan ;
 - > inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 : tadalafil, sildénafil ;
 - > stimulateurs directs de la guanylate cyclase soluble : riociguat (HTP-TEC) ;
- Traitement vasodilatateur par inhibiteurs calciques à fortes doses (plus rarement).

Pièges

- Rechercher et traiter le facteur déclenchant la décompensation (trouble du rythme cardiaque, infection...)
- Ne jamais interrompre les traitements de l'HTAP
- Pas d'urgence immédiate à introduire un nouveau traitement spécifique de l'HTAP
- Le remplissage vasculaire doit être évité dans les situations de décompensation cardiaque droite aiguë, même en cas d'hypotension
- L'intubation et la ventilation mécanique invasive doivent être évitées dans la mesure du possible.

Particularités de la prise en charge médicale préhospitalière

- Décompensation cardiaque aiguë : oxygénothérapie (objectif SpO₂ > 90 %), diurétiques, dobutamine, noradrénaline, assistance circulatoire à discuter avec le centre de référence
- Traitements symptomatiques et étiologiques
- Ne pas utiliser le cathéter tunnelisé qui est réservé aux traitements spécifiques
- Limiter le recours à la ventilation invasive
- Orientation à discuter selon les thérapeutiques spécialisées envisagées

Fiche pour les Urgences Hospitalières:

> Situation d'urgence 1 : décompensation cardiaque droite aiguë

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic :

Majoration récente de la dyspnée.

Aggravation des signes cliniques d'insuffisance ventriculaire droite : œdèmes des membres inférieurs, ascite, anasarque

Malaises ou syncopes à l'effort, douleurs thoraciques, hypotension artérielle dans les cas les plus graves.

- Evaluer la gravité:

Signes cliniques de gravité : Syncope, tachycardie, hypotension artérielle, troubles des fonctions supérieures, anasarque, hypoxémie profonde.

Critères biologiques de gravité : Insuffisance rénale aiguë (syndrome cardio-rénal), élévation de la troponine, élévation des lactates, cytolyse hépatique, TP abaissé (foie de choc)

S'enquérir du statut réanimatoire : existence de directives anticipées.

- Exploration en urgence :

- Bilan biologique : Marqueurs de souffrance myocardique (dosage BNP/NTproBNP et troponine), ionogramme sanguin, urée, créatinine ; NFS, plaquettes ; bilan hépatique complet ; bilan hémostase ; hémocultures si fièvre ou systématiques si cathéter tunnelisé à demeure.

- Électrocardiogramme / Echographie cardiaque.

- Angioscanner thoracique si suspicion d'un évènement thromboembolique aigu.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- **Monitoring:**

Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène (SpO₂), fréquence respiratoire (FR). Surveillance de la diurèse et du poids.

- **Mesures symptomatiques:**

- Une oxygénothérapie doit être administrée pour obtenir une saturation > 90 %. Dans la mesure du possible, l'intubation et la ventilation mécanique invasive doivent être évitées chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque droite sévère. L'induction associée à une augmentation supplémentaire de la postcharge ventriculaire droite comporte un risque élevé de décès chez ces patients.

Si l'intubation est inévitable, le maintien d'une pression artérielle systémique stable est d'une importance capitale.

- L'identification et le traitement d'un éventuel facteur déclenchant ou aggravant (trouble du rythme, infection, écart de régime...) doivent être systématiques :

-> **Les troubles du rythme supraventriculaires**, en particulier le flutter auriculaire et la fibrillation auriculaire, sont des causes fréquentes d'insuffisance cardiaque droite chez les patients présentant une HTAP sévère. Un ralentissement voire une restauration rapide du rythme sinusal doivent être tentés. L'utilisation des bêtabloquants est contre-indiquée. L'amiodarone doit être administrée préférentiellement par voie orale en évitant la voie intraveineuse.

-> **L'infection** est un autre facteur important de décès chez les patients en décompensation cardiaque droite aiguë. Si la source de l'infection n'est pas évidente, des antibiotiques à large spectre doivent être envisagés, en considérant que la translocation bactérienne est une cause fréquente d'inflammation systémique et de septicémie chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque droite.

- Une optimisation de la précharge du ventricule droit par l'instauration ou la majoration d'un traitement diurétique, en privilégiant la voie intraveineuse, est un élément clé dans la prise en charge de la décompensation aiguë d'HTAP.

- En cas de bas débit cardiaque, un support inotrope (dobutamine en première intention) doit être instauré dans le but d'améliorer la performance ventriculaire droite. Il est inutile voire délétère d'utiliser des doses de dobutamine > 7,5/10 gamma/kg/min.

- En cas d'hypotension artérielle systémique, un traitement par noradrénaline doit être associé pour maintenir une pression artérielle systémique moyenne > 65-70 mm Hg

- **Traitement spécifique :**

- En période de décompensation aiguë, il n'y a jamais d'urgence à débiter ou renforcer un traitement spécifique de l'HTAP pour diminuer la postcharge du ventricule droit.

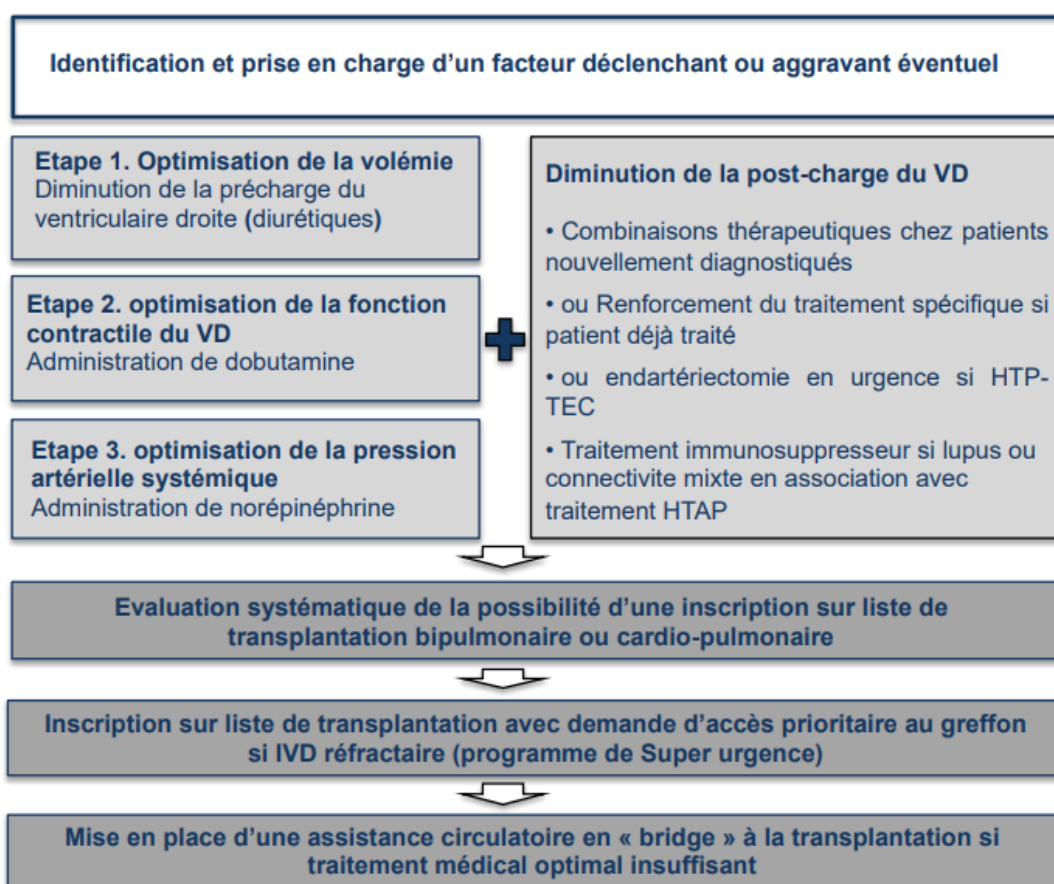
- Cette étape se fait une fois obtenue la stabilisation de l'état hémodynamique du patient et en concertation avec l'équipe référente dans la prise en charge du patient.

- En cas d'insuffisance ventriculaire droite inaugurale d'un diagnostic d'HTAP, un bilan étiologique sera rapidement réalisé afin d'adapter la prise en charge.

- **Assistance circulatoire:**

- En cas de défaillance circulatoire persistante malgré une prise en charge optimale de la décompensation aiguë d'insuffisance ventriculaire droite, une assistance circulatoire de type oxygénation par membrane extracorporelle [en anglais, extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)] veino-artérielle peut être mise en place chez les patients candidats à une transplantation pulmonaire ou cardio-pulmonaire avec la possibilité d'un accès prioritaire à la greffe.

- La mise en place d'une assistance circulatoire doit donc se faire en concertation avec le centre de transplantation.



Principes de prise en charge d'une décompensation aiguë d'HTAP

HTAP : hypertension artérielle pulmonaire ; HTP-TEC : hypertension pulmonaire thrombo-embolique chronique ; IVD : insuffisance ventriculaire droite ; VD : ventricule droit.

> Situation d'urgence 2 : complications infectieuses liées au cathéter tunnelisé chez les patients traités par époprosténol

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic :
 - Examen local du cathéter : pus à l'orifice de sortie du cathéter, collection le long du trajet tunnelisé du cathéter (tunnelite) ;
 - Signes généraux d'infection : fièvre, frissons ;
 - Signes cliniques de choc septique : hypotension artérielle, marbrures (bactériémie) ;
 - Signes cliniques d'aggravation de l'insuffisance ventriculaire droite : œdèmes, aggravation de la dyspnée, syncope...

- Evaluer la gravité:
Hypotension artérielle, marbrures, tachycardie, défaillance ventriculaire droite aiguë.

- Explorations en urgence:
 - Bilan biologique standard, bilan d'hémostase , CRP , hémocultures.
 - Dosage BNP ou NT-proBNP, troponine.
 - En cas d'infection systémique, une recherche d'endocardite doit être systématique.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- Monitoring:
 - Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène (SpO2), fréquence respiratoire (FR) si signes cliniques de bactériémie ou de décompensation aiguë d'insuffisance ventriculaire droite associée.

- Mesures symptomatiques:
 - La prise en charge dépend du type d'infection (cf. tableau).
 - En cas de choc septique, l'ablation du cathéter tunnelisé est une urgence thérapeutique après relai du traitement par époprosténol sur un autre cathéter veineux central (ou à défaut sur une voie veineuse périphérique) associé à une antibiothérapie et à une prise en charge symptomatique du choc septique. Le monitoring de la volémie du patient pourra être guidé par une mesure de la pression veineuse centrale. Cette situation peut s'accompagner ou évoluer rapidement vers un tableau de défaillance ventriculaire droite aiguë (cf. urgence 1).

- Traitements spécifiques:

	Infection locale	Tunnelite	Bactériémie
Signes cliniques	- Orifice de sortie du cathéter inflammatoire, +/- pus - Hémocultures négatives	- Cellulite le long du trajet sous cutané du cathéter - Fièvre possible - Hémocultures positives ou négatives	- Peut être fruste +++ - Fièvre (non systématique) - Hémocultures positives
Prélèvements bactériologiques	Prélèvement local (si présence de pus uniquement)	- Prélèvement local si pus - Hémocultures - Mise en culture du cathéter	
Traitement	Soins locaux journaliers Pas d'antibiothérapie	- Indication formelle au retrait du cathéter* - Antibiothérapie adaptée au germe	

> Situation d'urgence 3 : interruption brutale du traitement par époprosténol intraveineux (volontaire ou involontaire)

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic : Interruption de l'administration de l'époprosténol (arrachement ou section du cathéter tunnelisé le plus souvent accidentel).
- Evaluer la gravité:

Recherche des signes de mauvaise tolérance ventriculaire droite : Aggravation de la dyspnée, malaise/syncope, hypotension artérielle, tachycardie.

- Explorations en urgence:
 - Bilan biologique standard, bilan d'hémostase
 - Dosage BNP ou NT-proBNP, troponine
 - Échographie cardiaque si signes cliniques de mauvaise tolérance ventriculaire droite.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- Monitoring:

Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène (SpO₂), fréquence respiratoire (FR).

- Mesures symptomatiques:

- Demander au patient de ne pas fournir d'effort et de rester en position allongée avec jambes surélevées si mauvaise tolérance hémodynamique.
- En cas de mauvaise tolérance (se manifestant par un tableau de décompensation aiguë d'insuffisance ventriculaire droite), débiter en urgence un traitement symptomatique par dobutamine associé à de la noradrénaline si hypotension artérielle systémique.

- Traitements spécifiques:

- Rétablir sans attendre le traitement par époprosténol intraveineux sur une voie veineuse périphérique transitoire en attendant la mise en place d'une voie veineuse centrale.
- Rapprocher le patient de son centre référent dans la prise en charge de son HTAP.

> Situation d'urgence 4 : hémoptysie

Tout type d'hypertension pulmonaire peut se compliquer d'hémoptysie avec un risque plus important en cas de syndrome d'Eisenmenger, d'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique ou d'HTAP héritable (mutation BMPR2).

1. Mesures diagnostiques en urgence

- Éléments cliniques du diagnostic : Émission de sang rouge par la bouche au cours d'un effort de toux.

- Evaluer la gravité:

Toute hémoptysie chez un patient souffrant d'HTAP peut être potentiellement grave. Quantité de sang extériorisé > 50 ml , mauvaise tolérance respiratoire : désaturation, poussée d'insuffisance ventriculaire droite associée.

- Explorations en urgence:

- Bilan biologique standard + bilan d'hémostase
- Angioscanner thoracique (localise le site du saignement, détermine sa cause et la faisabilité d'une embolisation thérapeutique). La fibroscopie bronchique n'est pas indiquée et peut être mal tolérée.

2. Mesures thérapeutiques immédiates

- Monitoring:

- Récidive d'hémoptysie et quantification
- Fréquence cardiaque (FC), pression artérielle (PA), saturation pulsée en oxygène (SpO2), fréquence respiratoire (FR)

- Mesures symptomatiques:

- Orientation du patient vers un centre avec possibilité d'artério-embolisation bronchique
- Mise en place de deux voies veineuses périphériques
- Arrêt des anticoagulants et correction des troubles de l'hémostase
- Oxygénation en évitant l'intubation et la ventilation mécanique.

- Traitements spécifiques:

- Artériographie bronchique avec éventuelle embolisation, à discuter au cas par cas, avec le centre de référence ou de compétence de l'HTAP dès lors que l'hémoptysie est de moyenne abondance ou de faible abondance, mais récidivante ou mal tolérée sur le plan respiratoire.
- En cas d'échec d'une embolisation ou d'impossibilité d'un accès rapide à l'embolisation, pas de contre-indication formelle à l'utilisation de la glypressine intraveineuse associée à un monitoring rapproché. Une alternative est l'administration de glypressine par inhalation.
- Discussion de l'arrêt définitif d'un traitement anticoagulant (en particulier si l'hémoptysie est abondante).
- En cas d'hémoptysie menaçante et/ou récidivante non contrôlée, un projet de transplantation pulmonaire avec accès prioritaire peut être exceptionnellement discuté.

Orientation

> Transport du domicile vers la structure des urgences

▪ Où transporter ?

- La régulation pré hospitalière (SAMU, centre 15) est parfois nécessaire et permet d'orienter la destination hospitalière selon la gravité et/ou la pathologie décompensée (unité de soins intensifs, de réanimation, soins intensifs de cardiologie, de soins intensifs et de réanimation respiratoire, service d'urgence), pour une prise en charge optimale sans transfert secondaire.

- Le transport direct du patient dans ou à proximité de son centre de compétence ou de référence dans la prise en charge de l'HTAP doit être privilégié après accord préalable entre praticiens en tenant compte de la situation hémodynamique et des distances.

- L'orientation d'un patient potentiellement candidat à une transplantation et en défaillance ventriculaire droite sévère doit se faire préférentiellement vers une structure hospitalière qui peut proposer une prise en charge symptomatique de la défaillance ventriculaire droite, l'accès à une assistance circulatoire et l'accès à un centre de transplantation.

- Pour les urgences potentiellement vitales, l'orientation vers le centre hospitalier de proximité est possible, lorsque celui-ci dispose d'un service de réanimation et des compétences et plateaux techniques nécessaires.

- Contacter un médecin expert senior du centre de compétence régional qui a la connaissance de ces structures peut aider à la régulation.

▪ Comment transporter ?

En ambulance non médicalisée ou un vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité

▪ Quand transporter ?

Immédiatement si urgence vitale ou fonctionnelle.

> Orientation au décours des urgences hospitalières

▪ Où transporter ?

Centre de référence ou compétence maladie rare, chirurgie, soins continus ou réanimation selon l'atteinte.

▪ Comment transporter ?

- En ambulance non médicalisée ou vecteur médicalisé (SMUR) selon la gravité.

- Au sein de la structure hospitalière : transfert simple, paramédicalisé ou médicalisé.

▪ Quand transporter ?

- Une fois la situation clinique stabilisée.

- Le patient ne doit pas quitter une structure d'urgence sans un avis au moins téléphonique auprès d'un médecin senior expert pour cette maladie.

Pour en savoir plus sur les précautions médicamenteuses/anesthésiques, la prévention, le don d'organe et les numéros en cas d'urgences, suivez les liens ci-après http://www.orpha.net/data/patho/Emg/Int/fr/HypertensionArteriellePulmonaire_FR_fr_EMG_ORPHA182090.pdf

Faustine
et Filières de
Santé et
Maladies Rares

AGENDA

Pour ne rien louper ! Les listes de Diplômes Universitaires (DU) auxquels tu peux prétendre sont listées sur notre site internet AJMU.

Evénements AJMU



La prochaine assemblée générale aura lieu le 5-6 juillet 2025. Lors de cet AG nous reviendrons sur le congrès de la SFMU.

Urgences - le mensuel par la SFMU

Rendez-vous mensuel le 2^{ème} lundi de chaque mois avec les webinars de la SFMU afin de discuter d'un sujet de médecine d'urgence. Accessible en replay quand vous le souhaitez pour les adhérents.



A venir :

- **Lundi 8 septembre 2025** : Organisation des structures d'urgences: normes et principes

Congrès et formations

POUR LES MÉDECINS THÉSÉS

WIN FOCUS – Formation à l'échographie clinique d'urgence

Programmes et inscriptions sur ce lien :

https://winfofocus-france.org/index.php?option=com_allevants&task=display&view=event&layout=default&ei=211:cours-dinitiation-a-lechographie-durgence-44-03-2023&Itemid=87



Conférences pré-hospitalières de la BSPP saison 2024-2025

Programme complet disponible ici :

<https://anmitrha.fr/programme-conferences-bspp-2024-2025/>

BRIGADE DE SAPEURS-POMPIERS DE PARIS
DIVISION SANTÉ

CONFÉRENCES RÉANIMATION PRÉHOSPITALIÈRE 2024-2025

Division santé :
MC S. TRAVERS, MC O. BON, MC G. BURLATON, PHC F. KRAMP
Service de santé des Armées.

Comité d'organisation :
PR TRAVERS, MC BON, MC BURLATON, MC LEMOINE, MC FRAUDIN, MCE FONTAINE,
MED ARNOUX, MC CORCOSTEGUI, MCE DUBOURDIEU

Mardi 29 avril 2025 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

HYPO/HYPERTHERMIE : INNOVATIONS ET CONTRAINTES TECHNOLOGIQUES DANS LE DOMAINE BIOMÉDICAL

Président : **MCSCN Alexandra MALGOYRE** (IRBA)
Coordinateur : **MED Bérangère ARNOUX** (BSPP)

- Les pièges de l'hypothermie - **MP Jean-Baptiste DE LAMBERTERIE** (66^e AM CHAMONIX) et **Dr Thomas SPADONI** (Briançon)
- Physiopathologie et aptitude du militaire post coup de chaleur : le point de vue du clinicien - **MP Heloise RISICATO** (BSPP), le point de vue du physiologiste expert - **MCSCN Alexandra MALGOYRE** (IRBA)
- Mesure de la température et modalités de prise en charge en préhospitalier : difficultés et innovations - **ADJ Jérémy GOUZE** (BSPP)
- Conséquences pour la santé du réchauffement climatique, à quoi s'attendre ? - **Mathilde PASCAL** (Santé Publique France)

Mardi 17 juin 2025 à 14 h 30 - Amphithéâtre Rouvillois - École du Val-de-Grâce - Entrée libre

LES MYTHES EN MÉDECINE D'URGENCE

Président : **MCE Daniel JOST** (BSPP)
Coordinateur : **MC Simon-Pierre CORCOSTEGUI** (BSPP)

- Les mythes de l'arrêt cardiaque - **Dr Clément DERKENNE** (1^{er} AMS)
- Les mythes en traumatologie grave - **Pr Frédéric LAPOSTOLLE** (SAMU 93)
- Les mythes au service des urgences - **Pr Yonathan FREUND** (APHP Pitié-Salpêtrière)
- Les mythes que je continue à demander aux infirmières - **Pr Youri YORDANOV** (CHU Lyon)

École du Val-de-Grâce - 1, place Alphonse-Laveran - 75005 PARIS - RER Port-Royal
Secrétariat des conférences : BSPP/BMU - 1, place Jules-Renard - BP 31 - 75823 PARIS CEDEX 17 - Tél : 01 56 79 67 53 - Courriel : stephane.dubourdieu@pompierparis.fr
Prévoir une pièce d'identité pour l'accès à l'École du Val-de-Grâce

ALTRUISME EFFICIENCE DISCRÉTION

Sauver ou Périr

© BSPP/BMU 2024-09/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100

“Les jeudis de l’urgence” par le SMUR BMPM à Marseille



LES JEUDIS DE L'URGENCE

☎ 04 95 05 40 82
 ✉ lesjeudisdelurgence@gmail.com
 BATAILLON DE MARINS-POMPIERS DE MARSEILLE
 137, boulevard de Plombières - 13003 MARSEILLE

www.smurbmpm.fr

i Certaines journées sont organisées en présentiel et d'autres en visioconférence. Cela est mentionné pour chaque journée sous son titre. Pour les journées organisées en présentiel, l'inscription en ligne ou par téléphone est obligatoire 48 heures avant la date de la réunion. Il est possible que les conditions des repas proposés notamment le prix soit modifié en fonction de la situation économique. Vous en serez informé si tel est le cas par courrier électronique et sur le site de MEMMED (SMURBMPM). Les journées seront organisées dans le strict respect des gestes barrières.

LIEU : KEDGE BUSINESS SCHOOL, EUROMED Management, Domaine de Luminy, rue Antoine Bourdelle, 13009 MARSEILLE (face à la caserne de marins-pompiers de LUMINY)

HORAIRES : 9h à 12h30 / 14h à 16h

TARIFS : entrée 7€ sur place (5€ en ligne par CB sur <https://smurbmpm.fr>), repas 15€

INSCRIPTION OBLIGATOIRE EN LIGNE OU PAR TELEPHONE

JEUDI 14 NOVEMBRE 2024

MÉDECINE CIVILE ET MILITAIRE : NOUVELLE DYNAMIQUE DE PARTAGE

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC RENARD (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef adjoint du BMPM)
Président : Pr MICHELET (Service d'Anesthésie Réanimation, Hôpital de la Conception, Coordination Universitaire DES Médecine d'Urgence)

MATIN

- De la lutte contre les grandes endémies à la lutte contre le COVID : quel rôle a joué le SSA dans l'histoire ? MC FICKO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran / CESPA, Marseille)
- Crise humanitaire et coopération civilo-militaire : l'exemple d'EBOLA et du DIXMUDE. MCSAVINI (Service de pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille)
- Comment l'expérience des conflits récents a fait évoluer la traumatologie civile. Pr RAUX (SSP, Accueil des polytraumatisés, Bloc opératoire des Urgences, Hôpital Pitié Salpêtrière, AP-HP Sorbonne Université) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du service Réanimation-USP, HIA Ste-Anne, Toulon)
- Conflit à haute intensité : comment les structures civiles doivent s'y préparer ? Pr VELLI (Chef de service réanimation polyvalente, CHU Timone) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du service Réanimation-USP, HIA Ste-Anne, Toulon)
- Et demain : quel avenir pour la coopération civilo-militaire ? Pr TAZAROURTE (Chef de service SAMU 83, urgences, médecine polyvalente d'urgence, Centre de Médecine Hyperbare, Groupement Hospitalier Centre Hôpital Edouard Bellet, Lyon)

APRÈS-MIDI : TABLES RONDES

- Formation des médecins militaires à l'urgence : FST / DESMU : quelle place pour chacun ? Pr RAUX (SSP, Accueil des polytraumatisés, Bloc opératoire des Urgences, Hôpital Pitié Salpêtrière, AP-HP Sorbonne Université) et MCS MEAUDRE (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Chef du service Réanimation-USP, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Crise sanitaire infectieuse : quelle coopération civilo-militaire ? MC FICKO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran / CESPA, Marseille) et MC SAVINI (Service de pathologie infectieuse et tropicale, HIA Laveran, Marseille)

JEUDI 20 MARS 2025

PARA-MÉDICALISATION D'ICI ET D'AILLEURS

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : Infirmier de Soins-Paramédicaux Capitaine LARA (Infirmier Sapeur-Pompier, SDS13 et SDS83) • **Président :** MC JOSEPH ISIG PELAPRAT (BMPM)

MATIN

- L'enseignement et la simulation chez les paraméd. CNE BATAILLE (Infirmier Adjoint au chef de la division des formations spécialisées et de simulation en santé, ENSOSP Aix en Provence) et LTN GONZALEZ (Infirmier, SAMU 83)
- L'infirmier isolé en situation d'exception : l'exemple de l'armée. Mr CAMLIERI (Infirmier en reconversion)
- Gérer l'élongation sans médecin : l'exemple du Canada. Mr POULIN-MOORE et Mr ROBITAILLE-FORTIN (Polièmes, CHU de Québec)
- Mise en place des Unités Mobiles Hospitalières Paramédicalisées : des prémisses en 2003... à 2025 : l'exemple du Var. Dr VELLI (chef de Pôle Samu-Urgences, CHU Ste-Musse, SAMU 83)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- PHTLS par Life Support France
- ACLS par Capitaine LARA (Infirmier Sapeur-Pompier, SDS13 et SDS83)
- PALS par Code Rouge Formation

JEUDI 12 DÉCEMBRE 2024

LE SMUR, VU PAR LES AUTRES

EN VISIOCONFÉRENCE

Coordinateur : Dr PILARCZYK (PH, service de réanimation polyvalente CH Nord SAMU13, APHM) et Dr MARTIN (BMPM) • **Président :** Pr LÉONE (Chef de service de réanimation polyvalente, Hôpital Nord, Marseille)

MATIN

- Actualités dans les thérapeutiques de recanalisation des infarctus cérébraux. Pr FAIVRE (Service de neurologie, HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Les troubles pays : pharmacologie et situations de crises. Dr KORCHIA (Service de psychiatrie, APHM)
- Prise en charge initiale des patients traumatisés crâniens. Pr DURANTEAU (Service d'Anesthésie - Réanimation Médecine Paris Opérateurs, Hôpital Bicêtre, Paris)
- Troubles du rythme et de la conduction : de la régulation à l'hôpital. Dr BARRAUD (Cardiologie, Centre Hospitalier du Pays d'Aix)

JEUDI 24 AVRIL 2025

LA GUERRE DE L'ACR

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : Dr BALAZ (BMPM) • **Président :** Pr DEBAY (Professeur de Médecine d'Urgence, Chef de Service du SAMU de l'Isère au CHU Grenoble Alpes, président du board Arrêt cardiaque de la SFMU)

MATIN

- Épisode 1 : Le massage fantôme (RCP téléphonique). Mr BORGUESI (Assistant de régulation médicale, SAMU13)
- Épisode 2 : LATA des clones (quand faut-il arrêter la réanimation en régulation). Dr MAHBOUBI (PH, responsable UF Régulation médicale, SAMU13)
- Épisode 3 : La revanche des SIC (ACR à rythme choquable). Dr CAPPIELLO (Cardiologue, USC CHU Nord, Marseille)
- Épisode 4 : Un nouvel espoir (ACR traumatique : pronostic et perspective). Dr PILARCZYK (PH, réanimation polyvalente, responsable de la filière traumatisme péritraumatisme, CHU Nord, et PH SAMU13)
- Épisode 5 : Le MAR contre-attaque (ACR récupéré : et après). Dr BOURENNE (PH responsable de la filière ACR, RDU, CHU Timone)
- Épisode 6 : Le retour des Jeudis. À vous de jouer à votre retour dans vos SAU/SAMU

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Atelier RCP avec Laerdal

JEUDI 16 JANVIER 2025

DYSPNÉE : LA D-STRESS LIST POUR URGENTISTES

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)

Coordinateur : MC MARTINEZ-LORENZ (BMPM) • **Président :** Pr GANNIER (PU-PH, Président du COSESPS groupe 3 (CDMA), chef de service du service de Médecine Intensive et Réanimation du CHU Timone, Marseille)

MATIN

- Échographie de la détresse respiratoire. Pr BOBBIA (Président du Board échographie clinique en médecine d'urgence de la SFMU, Chef de service de médecine d'urgence, CHU Montpellier)
- Dyspnée : c'est pas cardio (P1). Dr SPYCHAJ (Cardiologue coronarographe, médecin adjoint, service de cardiologie Hôpital Européen, Marseille)
- Trachéotomie et catastrophes respiratoires ou hémorragiques : que faire ? MC MORVAN (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, membre de la SFORL et du collège français d'ORL, Chirurgien ORL, médecin adjoint, service d'ORL de HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Accès difficile aux voies aériennes : alternatives et tips anti-stress. MC CUNGI (Médecin adjoint, service d'anesthésie-réanimation de HIA Sainte-Anne, Toulon)
- Ventilation mécanique au cours de l'insuffisance respiratoire aigüe : les réglages de première ligne. Pr HRAIECH (Médecin Chef de service adjoint, service de Médecine Intensive Réanimation, APHM, CHU Nord, membre de la Société de Réanimation de Langue Française)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Échographie de la détresse respiratoire. Pr BOBBIA (Président du Board échographie clinique en médecine d'urgence de la SFMU, Chef de service de médecine d'urgence, CHU Montpellier)
- Comment ventiler invasivement un patient porteur d'un syndrome obstructif sévère : atelier pratique sur respirateur. Pr GANNIER (PU-PH, Président du COSESPS groupe 3 (CDMA), chef de service du service de Médecine Intensive et Réanimation du CHU Timone)

JEUDI 22 MAI 2025

DE LA MÉDECINE DE GUERRE À LA MÉDECINE TACTIQUE : ENTRE RUSTICITÉ ET INNOVATION

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL) - SESSION COMMUNE AVEC LA BSPP

Coordinateur : MC GALANT (BMPM) • **Président :** MCS TRAVERS (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef de la BSPP)

MATIN

- La prise de décision en situation exceptionnelle. MCS TRAVERS (Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Médecin chef de la BSPP)
- Les 30 premières minutes d'une fusillade : les leçons de la médecine de guerre pour les primo-intervenant. MC HAAAR (BMPM)
- La coordination avec les secours conventionnels : le médecin des FI est un accélérateur de flux. (Médecin du RAID)
- Triage en situation nombreuse victimes, les leçons du CoTCCC. Colonel SHACKELFORD, Trauma Medical Director, Defense Health Agency Colorado, Member of CoTCCC (en visio depuis le Colorado)
- Nouvelle-Calédonie, Sainte-Soline : la médecine tactique au cœur des violences urbaines. (Médecin du GIGN / 1^{er} Antenne Médicale Spéciales)

APRÈS-MIDI : ATELIERS PRATIQUES

- Les premières minutes sur les lieux lors d'une fusillade : conduite à tenir en attendant les forces d'interventions spécialisées.
- SIM-TRIAGE : simulation de triage en réalité virtuelle (un serious game made in Institut de Recherche Biomedical des Armées et Service de Santé des Armées)

JEUDI 27 FÉVRIER 2025

LES NOUVEAUX RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

EN VISIOCONFÉRENCE

Coordinateur : M^{me} MONTAIGU (BMPM)
Président : Pr CARLES (PU-PH infectiologue et chef de service, CHU de Nice)

MATIN

- Le risque biologique en 2025. Pr CARLES (PU-PH infectiologue et chef de service, CHU de Nice)
- Envenimations : morsures de serpents exotiques en France hexagonale. MC LARRECHE (PhD, Biologiste, HIA Bogn, Saint Mandé)
- Le bioterrorisme. MC FICKO (Professeure agrégée du Val-de-Grâce, service de PIT HIA Laveran / CESPA, Marseille)
- La pratique de la médecine d'urgence en conditions climatiques extrêmes : expertise des médecins de la brigade de montagne. MC GINON (Urgentiste, médecin chef de l'antenne médicale de Gap)


JEUDI 12 JUIN 2025

JOURNÉE DU SECOURISME

EN PRÉSENTIEL (KEDGE BUSINESS SCHOOL)
 Une affiche paraîtra ultérieurement avec le programme

Ces journées sont réalisées avec l'aimable soutien de :





PÊLE-MÊLE : L'imagerie des cholécystites et angiocholites



Dr Guillaume GAUTIER, centre de garde de Lyon

La pathologie lithiasique biliaire est très fréquente, on considère que 15 % de la population générale présente une lithiase : 80 % des calculs sont des cholestéroliques.

Facteurs de risque:

- 2 x plus fréquent chez la femme
- La fréquence augmente avec l'âge

On retient comme principaux facteurs de risque :

- L'obésité
- Les régimes hypercaloriques
- La prise de médicaments (hypocholestérolémiant)

Éléments importants

Les calculs sont radio-opaques seulement dans 10 à 30 % des cas (50% des calculs pigmentaires, 15% des calculs cholestéroliques).

On retient une dilatation de la voie biliaire principale (VBP) si > à 7 mm ; 10 mm chez les patients cholécystectomisés.

En cas de suspicion de pathologie vésiculaire non compliquée **l'échographie est l'examen de référence.**

Protocole Scanner

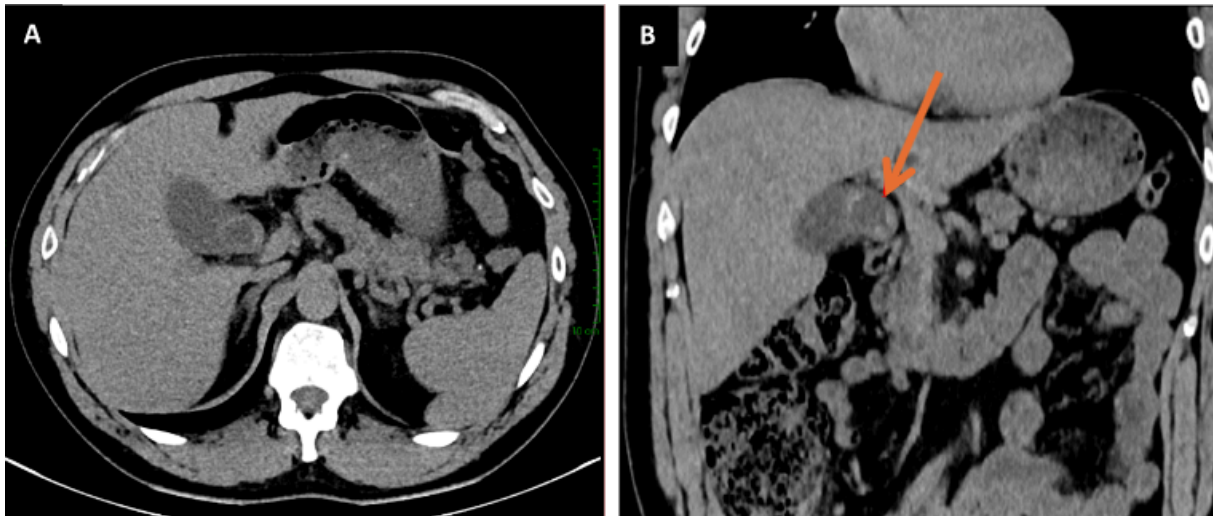
- Abdomen sans injection
- Abdomen artériel
- AP Portal

Protocole IRM

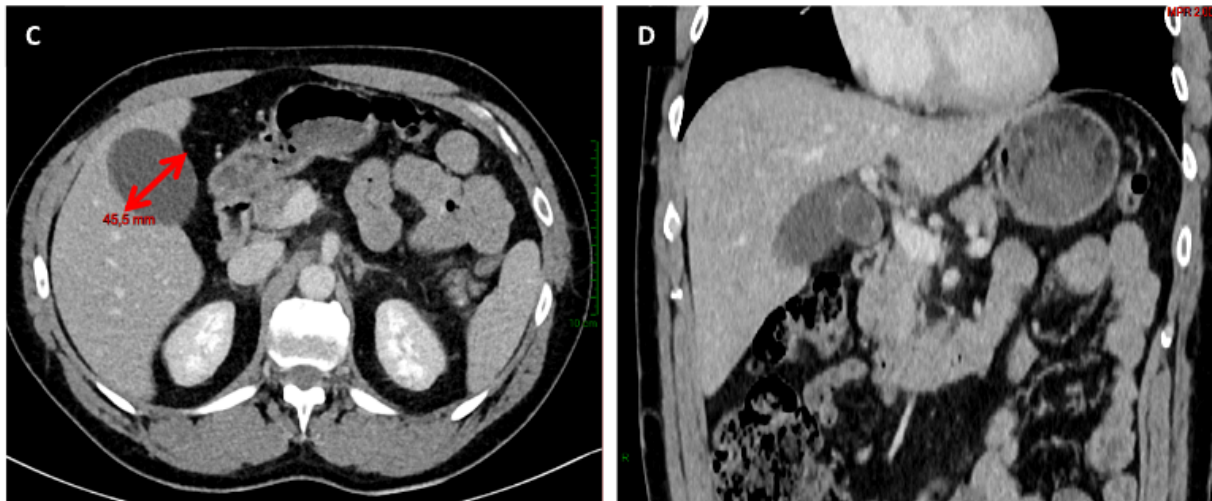
- Ax T2FS
- Coro T2 apnée
- 3D bili ou Coro-bili 2D
- Ax T1 Dixon
- Ax T2 apnée
- +/- diffusion et Ax T1FS gado dynamique pour exploration hépatique

Cas n°1

Patient de 55 ans adressé pour douleur de l'hypochondre droit.



Acquisition sans injection mettant en évidence un **calcul peu dense du collet vésiculaire (b)**.



Acquisition portale mettant en évidence une **vésicule tendue : diamètre > à 4 cm (c)** sans épaissement de ses parois sans infiltration péri vésiculaire (d).



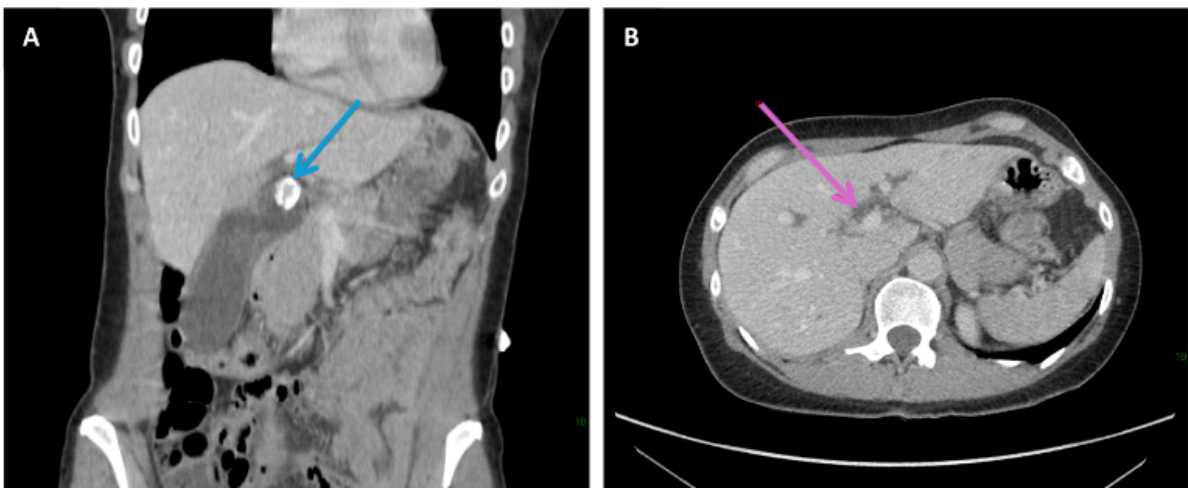
POINT CLE : Colique hépatique ou hydro cholécyste

Symptômes de douleurs de l'hypochondre droit lié à la mise en tension de la VB par un calcul obstructif sur le cystique ou le collet vésiculaire.

Complication

Syndrome de Mirizzi ; obstruction de la VBP par compression extrinsèque par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou le canal cystique.

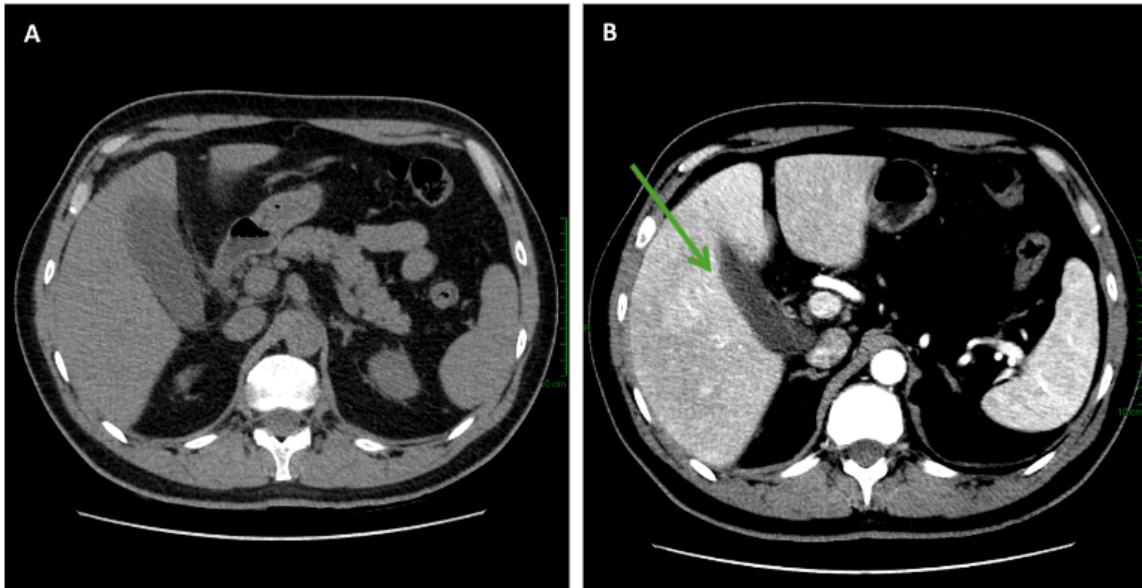
Cas connexe : syndrome de Mirizzi



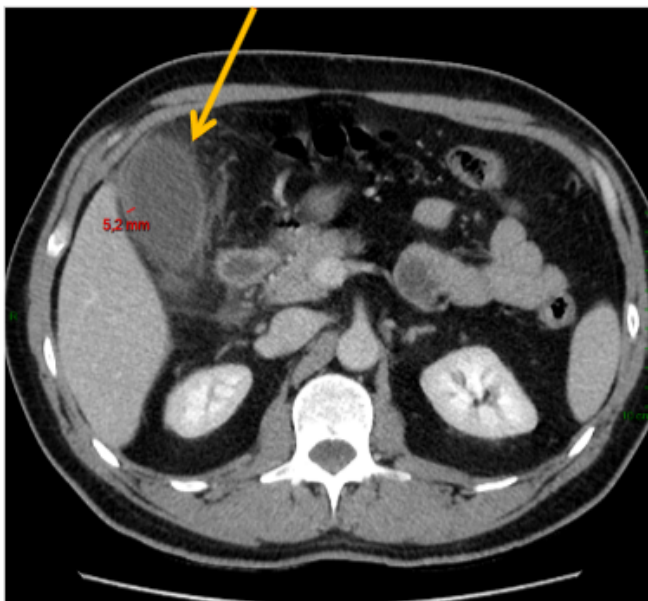
Volumineux calcul du collet vésiculaire (a) responsable d'une **dilatation des voies biliaires intra-hépatiques** (b).

Cas n°2

Patient adressé pour suspicion de cholécystite.



Le scanner sans injection ne retrouve pas de calcul biliaire (a). A la phase artérielle, on retrouve des **troubles de perfusion hépatique péri vésiculaire** (b).



A la phase portale on retrouve un **épaississement des parois de la vésicule biliaire avec infiltration péri vésiculaire** (c).

POINT CLE : Cholécystite aiguë

C'est la plus fréquente des complications biliaires, elle est liée à une **obstruction de plus de 5 h**. C'est une lésion inflammatoire de la vésicule biliaire qui va secondairement s'infecter.

L'examen de première intention pour le diagnostic de cholécystite aiguë lithiasique est l'échographie.

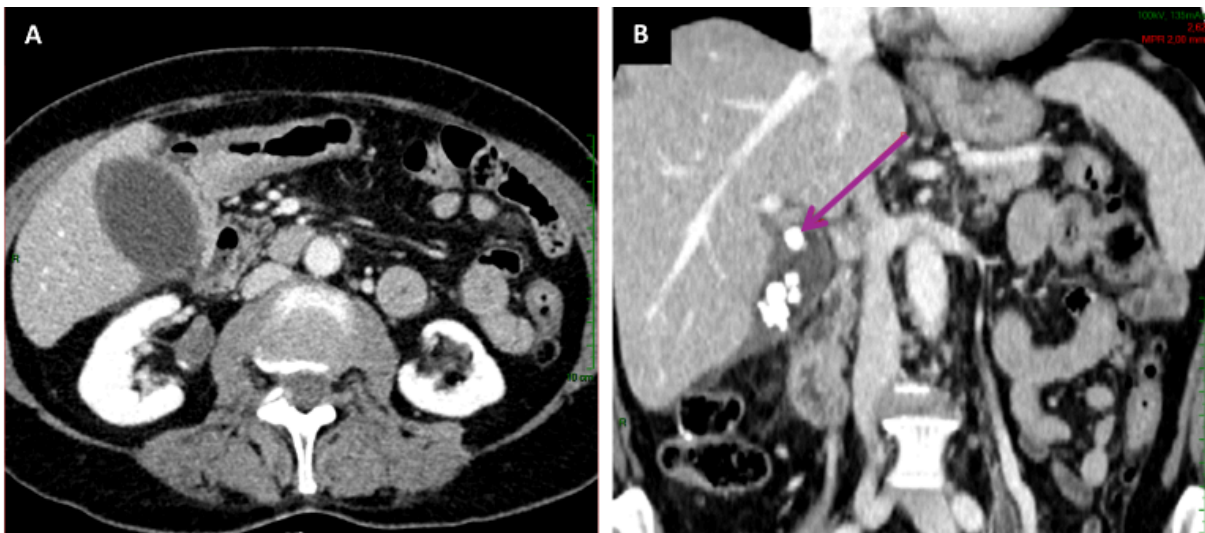
Scanner

- Épaississement de la vésicule biliaire > 4 mm
- Infiltration de la graisse péri vésiculaire
- Epanchement péri vésiculaire
- Œdème pariétal
- Augmentation de taille de la vésicule à plus de 5 cm de petit axe ou de 8 cm de grand axe
- Troubles perfusionnels du lit vésiculaire à la phase artérielle

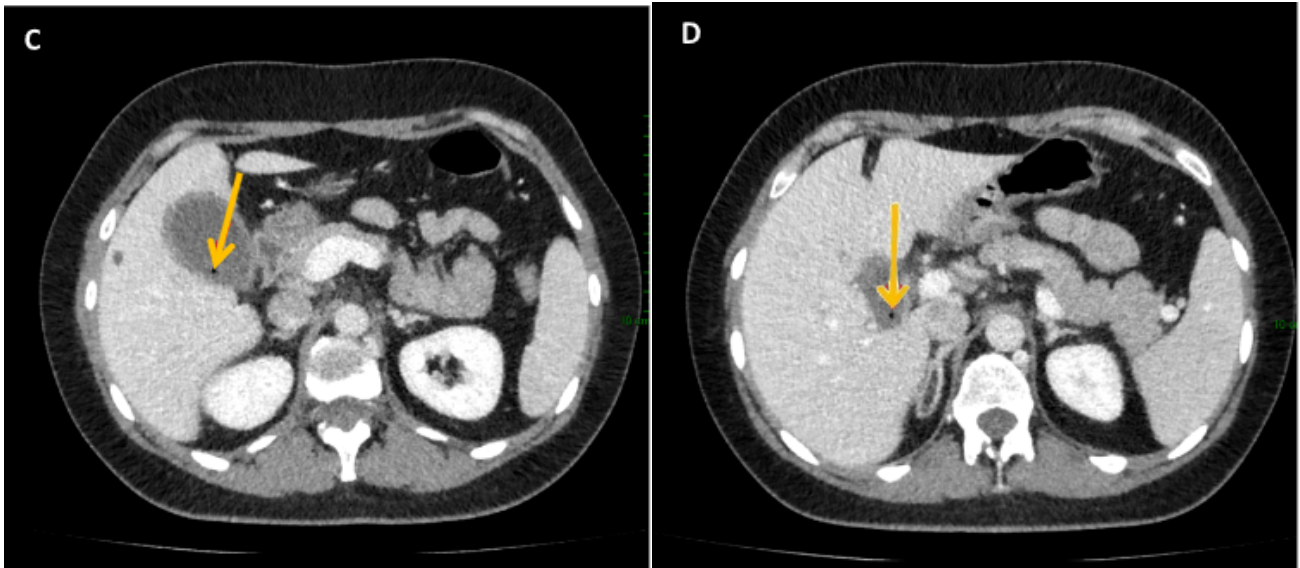
Complication

- Cholécystite emphysemateuse : présence de bulle d'air dans la paroi vésiculaire
- Cholécystite gangreneuse : irrégularité pariétale, défaut de rehaussement
- Abscess vésiculaire
- Péritonite biliaire liée à la perforation de la vésicule

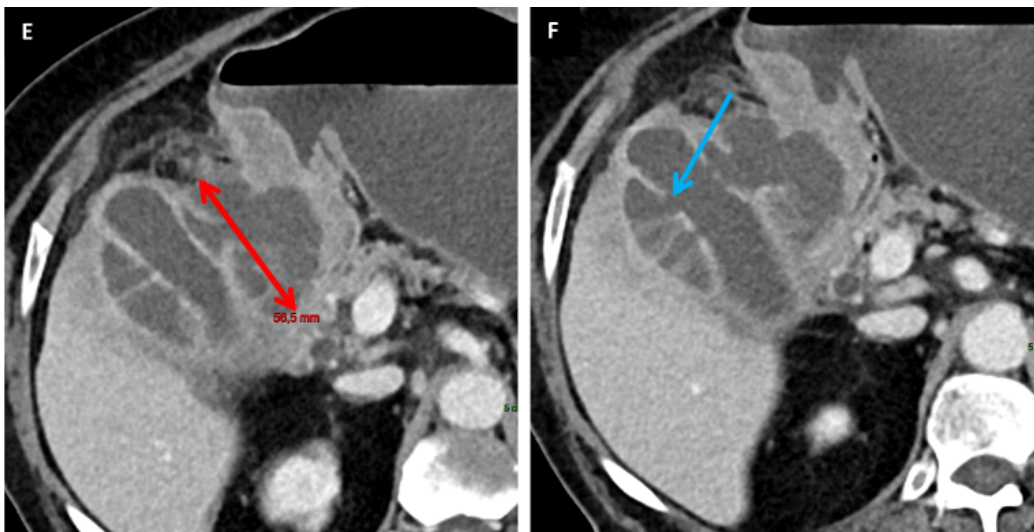
Cas connexe : Cholécystite lithiasique



Épaississement modéré des parois de la vésicule biliaire (a). **Calcul enclavé dans le cystique** bien visible sur la coupe coronale (b).

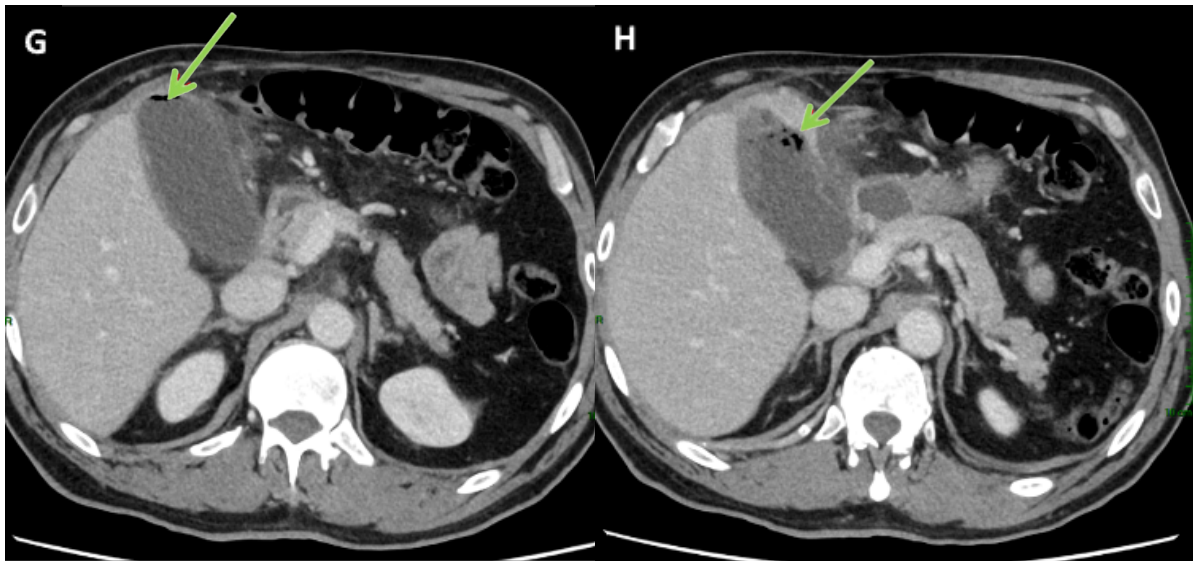


Cholécystite lithiasique sur calculs cholestéroliques apparaissant très hypodenses (c et d).



Cholécystite compliquée d'abcès péri-vésiculaires :

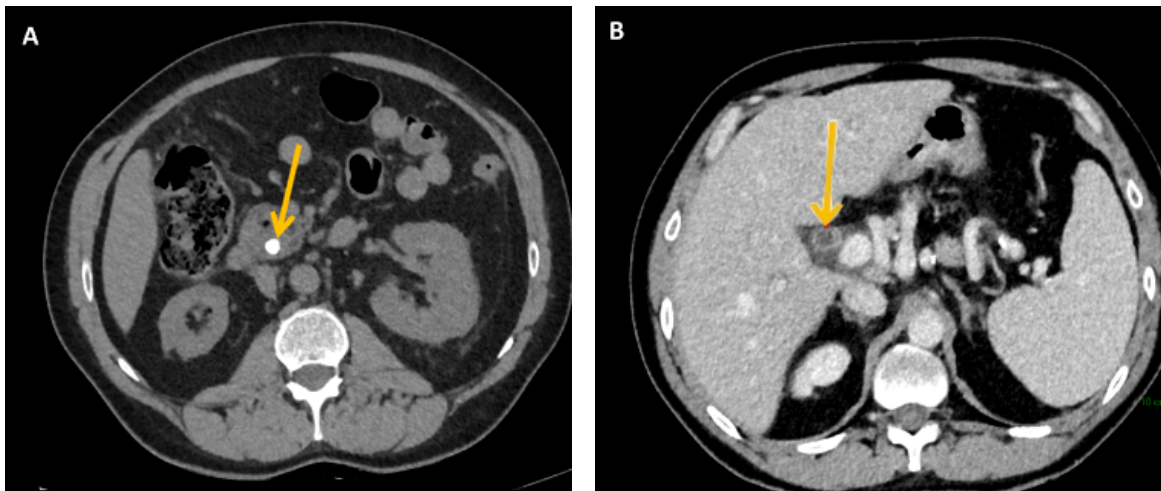
- **Abcès de 6 cm** dans le hile hépatique (e)
- **Perforation de la paroi vésiculaire** (f)



Cholécystite emphysémateuse : présence de **bulles d'air** au sein de la paroi vésiculaire (g et h).

Cas n°3

Patient de 45 ans adressé pour ictère fébrile.



Le scanner sans injection objective un calcul du bas cholédoque. Il existe une prise de contraste intense de la **voie biliaire principale qui est dilatée** (a et b).



POINT CLE : Angiocholite

- Infection des voies biliaire en amont d'un calcul au sein de la VBP
- Ictère par obstruction

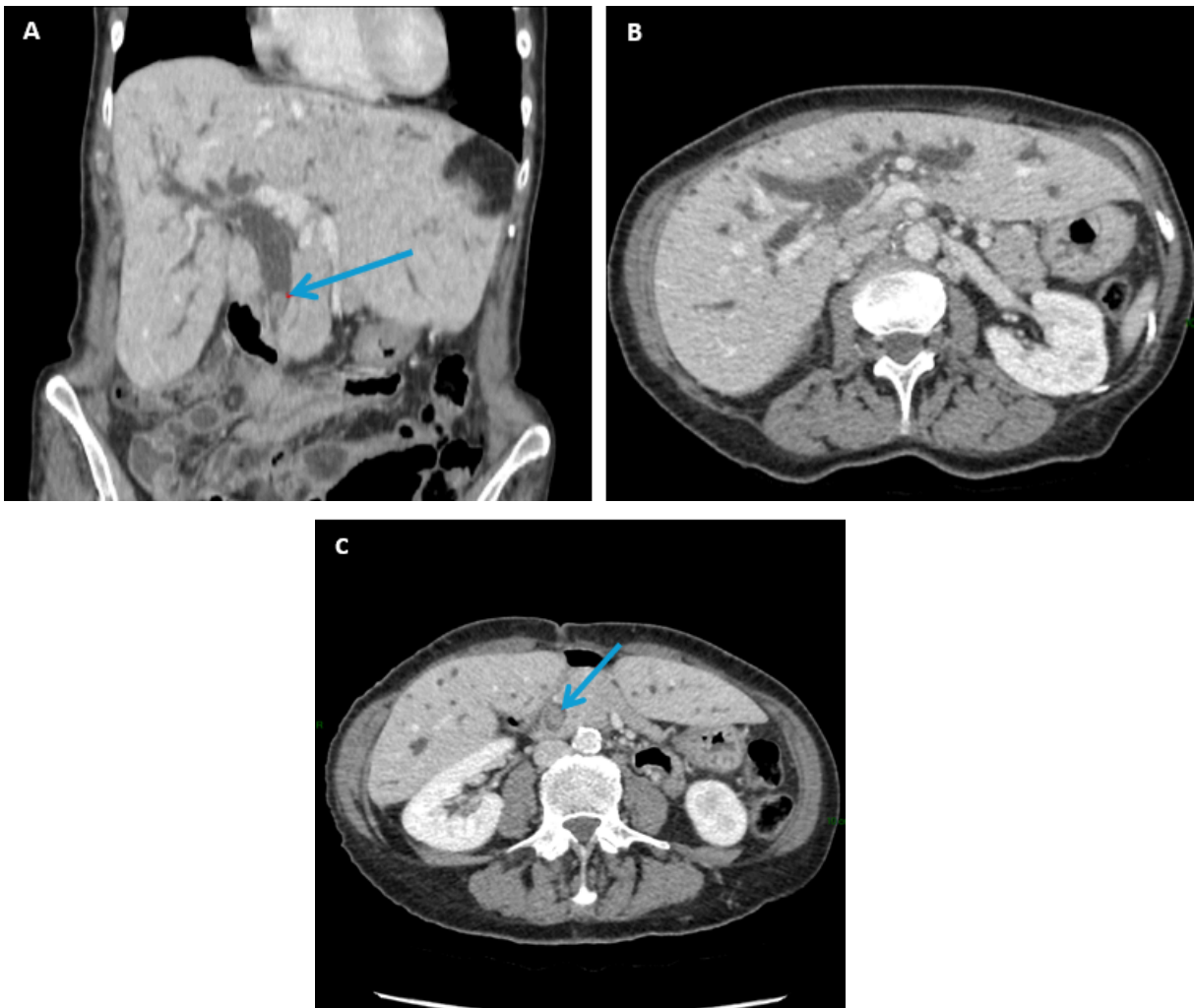
Scanner

- épaissement inflammatoire des parois biliaires
- troubles perfusionnels péri-biliaires
- Aérobilie en cas de germes anaérobies
- Dilatation des VBIH

Complications

- Abscess péri-biliaire
- Cholécystite
- PA

Cas connexe



Importante dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatique (a et c) sur un calcul de la VBP chez une patiente cholécystectomisé.

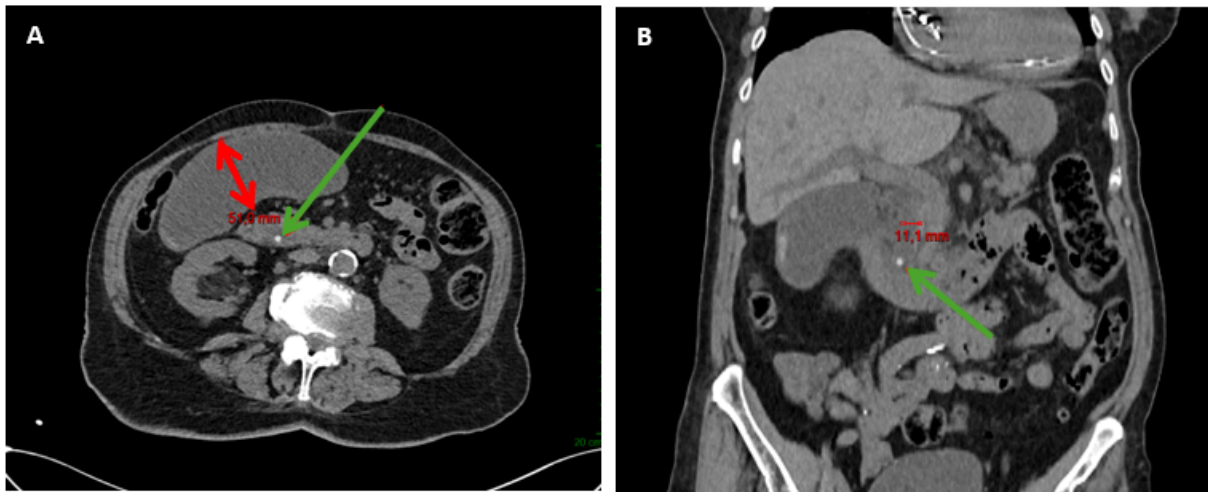


POINT CLE

L'antécédent de cholécystectomie n'élimine pas le diagnostic de lithiase biliaire!

Cas n°4

Patiente de 93 ans adressée pour ictère avec douleur de l'hypochondre droit.



Scanner sans injection mettant en évidence une **vésicule biliaire dilatée** (a) avec présence d'un **calcul au sein de la voie biliaire principale** (a et b) qui est dilatée mesurée à 11 mm.



POINT CLE : Migration lithiasique

Passage d'un calcul au sein de la VBP le plus souvent de la vésicule biliaire entraînant un obstacle à l'écoulement de bile : douleur et cytolyse jusqu'à ce que la pression liée à la production de bile permette l'expulsion du calcul par la papille.

L'échographie est l'examen de première intention à la recherche d'une dilatation des VBEH, visualisation du calcul au sein de la VBP mais sensibilité très variable.

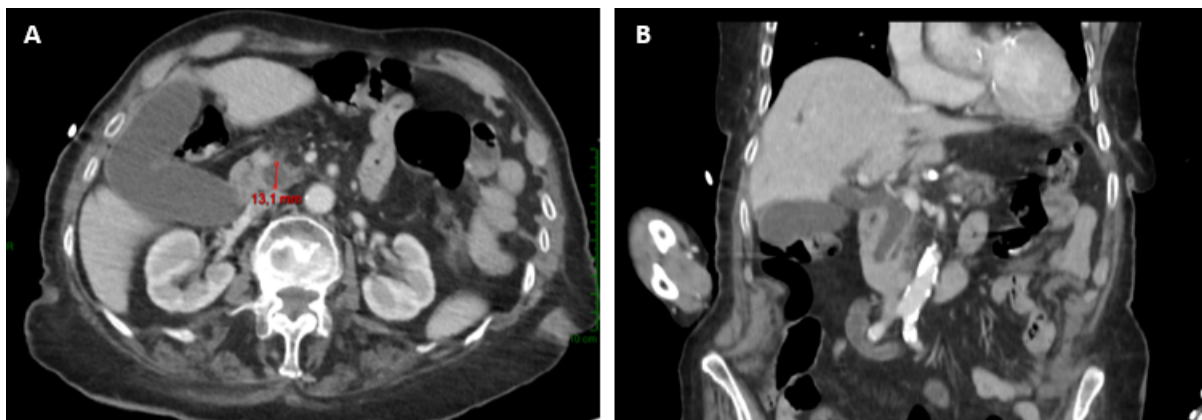
Scanner : dilatation des voies biliaires sur un obstacle visible ou non, mieux visible sur **l'acquisition sans injection** du fait du gradient de contraste qui chute après injection.

Il va rechercher des signes de complication à type d'angiocholite

La bili-IRM est l'examen radiologique de référence dans le diagnostic de lithiase de la VBP. La sensibilité varie entre 90 et 98 % spécificité > 90%. La performance est voisine de celle de l'écho-endoscopie pour le diagnostic de lithiase de plus de 3 mm.

En fonction des habitudes et de l'accessibilité on discutera en fonction de la bili-IRM, de la CPRE ou de l'écho-endoscopie.

Cas connexe



POINT CLE : Dilatation des voies biliaires sans obstacle

La dilatation des voies biliaires sans obstacle identifiée nécessite soit :

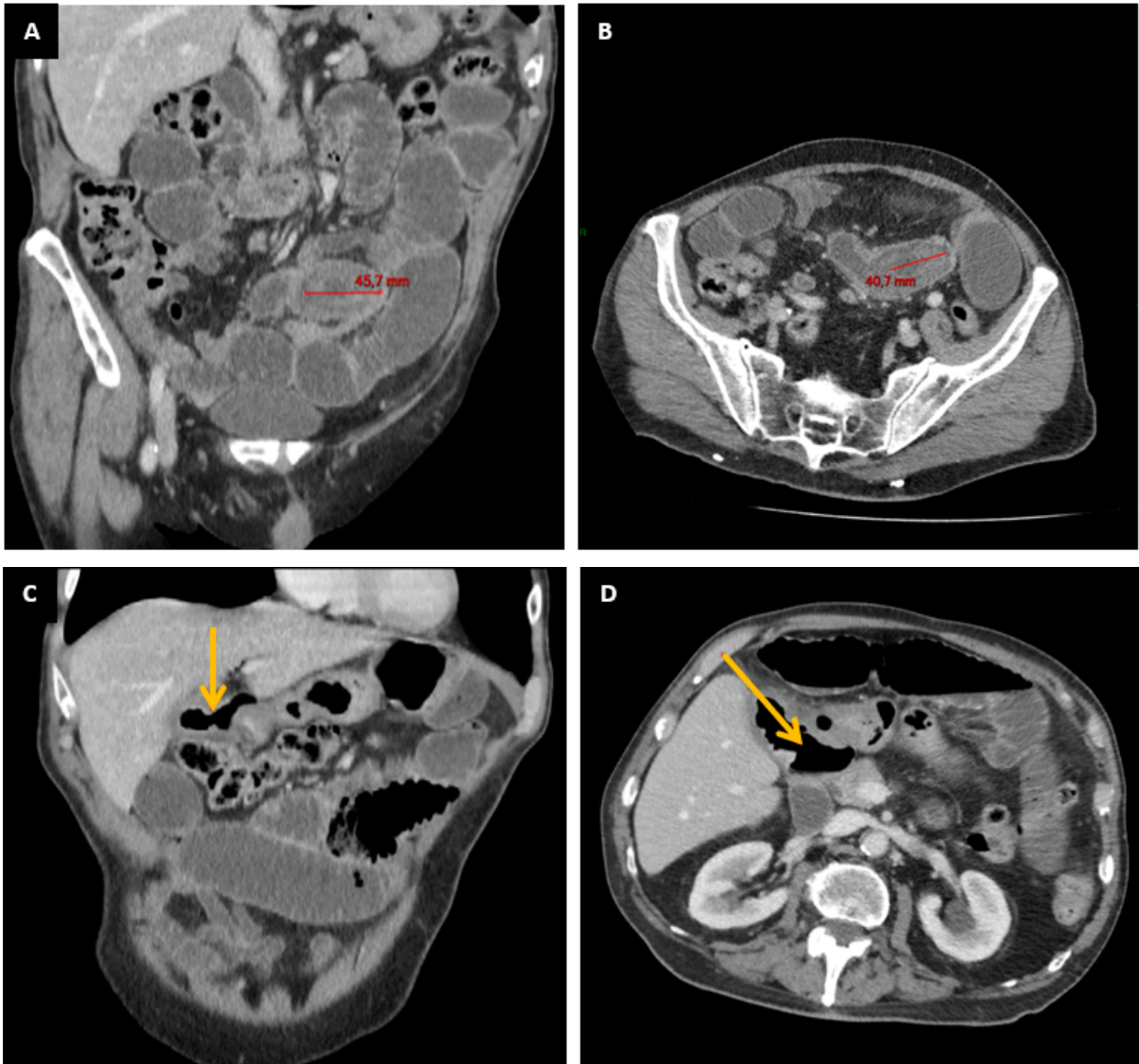
- une **bili-IRM**
- une **écho endoscopie** à la recherche d'une lithiasie non dense

Complication

- pancréatite aiguë lithiasique : recherche des signes de PA au **scanner**

Cas n°5

Patient de 84 ans présentant un tableau d'occlusion du grêle.



Dilatation des anses grêles sur une **lithiase de 4 cm** (a et b) dans l'iléon.
Présence d'une fistule bilio-digestive entre la vésicule et le duodénum responsable du passage du calcul dans l'intestin.



POINT CLE : Iléus biliaire

Occlusion provoquée par le passage d'un calcul dans la lumière intestinale (> à 25 mm)
Rare 2 à 3 % des occlusions digestives (augmente avec l'âge).

Scanner

Pour l'occlusion du grêle, le plus souvent le calcul est dans l'iléon terminal, il s'accompagne d'une aérobilie en rapport avec la fistule bilio-digestive (cholécysto-duodénale).

Pour aller plus loin

- Apport et pièges de la bili-IRM, Ivan Bricault ; symposium SIAD et FMCHGE, 2015
- La lithiase biliaire, S.Erlinger, Gastroenterol Clin Biol 2022 ;26 :1018-1025
- Diagnostic de la lithiase biliaire et de ses complications, A-S Rangheard, EMC Hépatologie, 7-047-B10, 2009
- Mellot F, Vilgrain V. Lithiase biliaire. In: Flammarion, editor. Imagerie du foie, des voies biliaires, du pancréas et de la rate. Paris: Vilgrain, V. ; Menu, Y.; 2002. p. 227-241.

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

www.imaios.com/fr/e-cases ou scannez le QR code



Pour des rappels d'anatomie www.imaios.com/fr/e-anatomy

ON A LU, ON A VU

Parce qu'on est urgentiste, mais pas que ! On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une œuvre à nous partager ? —> contact@ajmu.fr

◆ Film ◆



Pour ce nouveau Mag', nous avons souhaité mettre en avant un documentaire qui nous concerne tous à l'heure où la santé mentale est plus que jamais au cœur de nos préoccupations.

Sous forme d'ateliers de simulations avec des comédiens, soignants et soignantes interrogent leur pratique. Pour annoncer un cancer ou accompagner ses proches, l'empathie avec le patient se travaille. Mais l'idéal relationnel prôné en formation est-il applicable dans un système hospitalier de plus en plus à bout de force ? Peu à peu, la simulation devient un exutoire aux malaises qui rongent l'institution...

Ce documentaire aborde la question de la simulation comme outil de formation dans la gestion de la relation soignant.e / patient.e, et ouvre la parole à la question du burn out des soignant.e.s face à la dégradation de leurs conditions de travail. Il a également reçu le label Film d'utilité publique de la part d'Acteurs Publics.

Je vous encourage à aller découvrir plus en détails ce documentaire au cinéma pour vivre une expérience bouleversante qui pourrait changer votre quotidien.

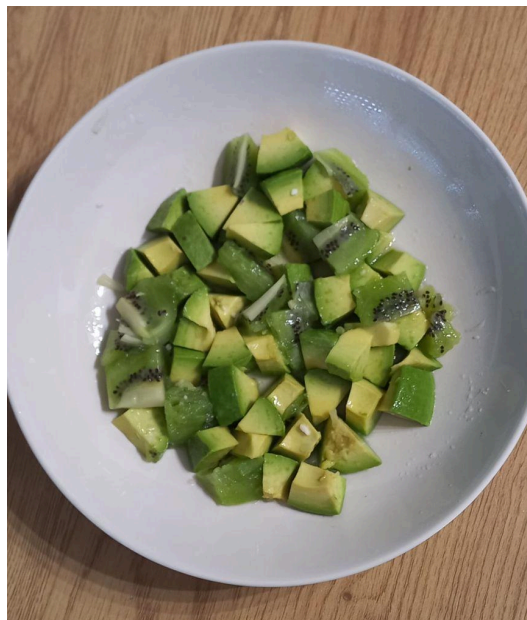
Faustine

RECETTES FACILES ET RAPIDES :

Pour ce nouveau numéro, je vous propose une recette fraîche pour agrémenter vos repas estivaux !

Ingrédients : pour 1 personne

- 1 avocat 🥑
- 1 kiwi 🥝
- 1 demi citron vert 🍋
- Échalote



Recette 🥗:

- 1/ Coupez l'avocat en petits dés et disposez le dans un saladier
- 2/ Coupez le kiwi en petits dés et disposez le dans le même saladier
- 3/ Mélangez le tout en incorporant le jus d'un demi citron vert.
- 4/ Ciseler un peu d'échalote selon vos goûts, l'incorporer à la préparation

Bonne dégustation !

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces détaillées d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet : <https://ajmu.fr/postes/>

◆ Le SAU de l'HEGP recrute dans l'hôpital le plus récent de l'APHP

- Temps plein ou partiel (20 à 100%) - possibilité de temps partagé au SAMU de Paris.
- 4 box de déchoc, 11 box circuit long, un circuit court, UHCD 20 lits
- Trauma center, SOS mains, SOS aorte
- Les plus : planning choisi pour temps de travail jusqu'à 30%, taxi payé pour rentrer après demi-garde, temps additionnel au volontariat, planning équilibré et juste.

Pour en savoir plus: philippe.juvin@aphp.fr



Source: site APHP

◆ Le service médical des Terres Australes et Antarctiques Françaises recrute:



Une pratique médicale sur site isolé avec polyvalence unique : des soins allant de la médecine générale à la réanimation en passant par la médecine d'urgence, médecin de montagne.

Avec qui: les scientifiques, les agents qui s'assurent du bon fonctionnement de la base, la faune locale
Mission de 13 mois avec formation spécifique préalable de 3 à 5 mois.

Plus d'informations sur:

<https://taaf.fr/recrutement/medecin-et-infirmier/>

◆ La polyclinique Saint-Privat à côté de Béziers recrute:

Plateau technique composé de 12 box d'urgence, un service d'imagerie et un laboratoire à proximité.
Présence de 2 médecins en journée et un médecin de nuit pour des vacations de 10 à 12 heures.

Contact: Nicolas.daude@stprivat.fr



<https://www.polyclinique-saintprivat.fr/etablissement-et-services/>

◆ **Poste de Médecin Urgentiste à l'Hôpital de Vienne (30min de Lyon):**



<https://www.ch-vienne.fr/services/urgences/index.html>

- Aux urgences en journée: 1 ligne de SMUR, 1 ligne de FC, 1 ligne UHCD, 1 ligne Urgences
 - Aux urgences de nuit: 1 ligne SMUR, 1 ligne SAU, 1 ligne 16h-00h (assuré par médecins des services de médecine)
 - Activité d'USIP: 2 médecins présents (urgentistes et réanimateurs) dont 1 ligne sénior et 1 ligne junior
- Contact : medical.recrutement@ch-vienne.fr

◆ **Poste de CDI aux urgences de la clinique Claude Bernard à Albi**



<https://www.centpourcent.com/>

- 9 box aux urgences
 - 5 UHCD, 12 box de déchocage
 - Réanimation polyvalente (10box), USIC (8box), UNV (4 box)
 - Entre 4 et 5 vacations de jour, 5 et 6 vacations de nuit par mois (12h/vacation)
- Contact: nathan.renier@elsan.care

◆ **Les urgences de Rambouillet (Yveline) recrute:**

- 1 ligne SMUR, 2 lignes de médecine, 1 ligne de traumatologie
 - 4 box de médecine, 2 box de traumatologie, 2 places de déchocage, UHCD de 12 lits
 - Immersion possible avec doublure, le service accueille également des docteurs juniors.
- Contact: y.sefi@ch-rambouillet.fr



<https://www.ch-rambouillet.fr>

Retrouvez toutes les offres d'emploi sur <https://ajmu.fr/postes/>

PARTENAIRES

Tu trouveras plus d'informations sur notre site avec les avantages détaillés :
<https://ajmu.fr/partenaires/>



The logo for Mutuaide is a solid dark green square. The word "Mutuaide" is written in white, sans-serif font in the center of the square. A thin orange horizontal line is positioned below the text.

