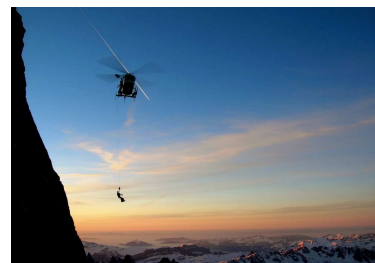


Le Bulletin de l'Association Nationale des Médecins du Secours en Montagne



Edito par Pierre Girardet

Je suis heureux de vous annoncer que nous aussi allons transformer l'essai ! Le deuxième numéro du Bulletin de l'ANMSM (saison 2) est sorti et l'équipe de rédaction s'engage à maintenir la cadence d'un numéro par saison, pensez à les soutenir dans leur tâche en leur envoyant brèves, infos, articles ou photos. Ceci devrait permettre d'échanger, de développer et de connaître ces différentes équipes de secours en montagne réparties sur notre territoire. Je vous rappelle que l'assemblée générale a lieu à Vaison la Romaine le 20 Octobre 2007 à 15H30 . Nous vous attendons nombreux avec pleins de projets de discussion et ... n'oublions pas notre cotisation !!!



Sommaire

- Edito – A.G.
- Cotisation 2008
- DIMUM Trient
Collaboration Franco-Suisse
- Expérimentation :
Respire-t-on au Mt Blanc ? (suite)
- Technique :
Le mouflage « Tortélini »
- Trucs & Astuces :
Le bloc fémoral
- La base du Versoud -38-
il y a 50 ans
- Le livre du mois : 342 H ...

A.G. 2007 VAISON LA ROMAINE

Ordre du jour

15H30 salle de la Mairie

Présentation du rapport moral et du rapport financier

Élection d'un nouveau bureau avec l'idée d'y nommer un représentant de chaque pool de garde Secours

Plusieurs sujets doivent être débattus afin d'aboutir à des décisions et à une répartition des tâches

- Site Internet : administration et développement des contenus (fusion – coopération ...)
- Participation aux formations CNEAS et CNISAG (conventions – assurance ...)
- Coopération Internationale (Afrique du Sud – Argentine ...)
- Développement des outils de communication internes et externes (bulletin – site - liste diffusion ...)
- Colloques et réunions en vue (Mont-Tremblant Ca - Calanques Fr ...)

Devinette !

Je ne coûte que 30 €
Je suis déductible des impôts
Je vous offre des rabais dans plusieurs
grandes enseignes de la montagne (*)
Je fais vivre l'association ...

Je suis ...je suis... je suis...

LA COTISATION 2008

Ne m'oubliez pas !

Fiche d'inscription sur le site anmsm.com ou disponible à l'AG.

(*) Espace montagne – Vieux Campeur – Millet – Salomon ...

ANMSM



Votre délégué **Patrick Le Pendeven,**

06 61 45 90 35

patrick.le-pendeven@gmpa.asso.fr

le site : gmpa.asso.fr

Léon

Hippocrate



Qui suis-je et où suis-je ?

Un médecin en blouse
blanche en montagne avec
un hélico !
Peut-être vous reconnaîtrez
– vous ? Si oui dites le
nous,
réponse au prochain
numéro.

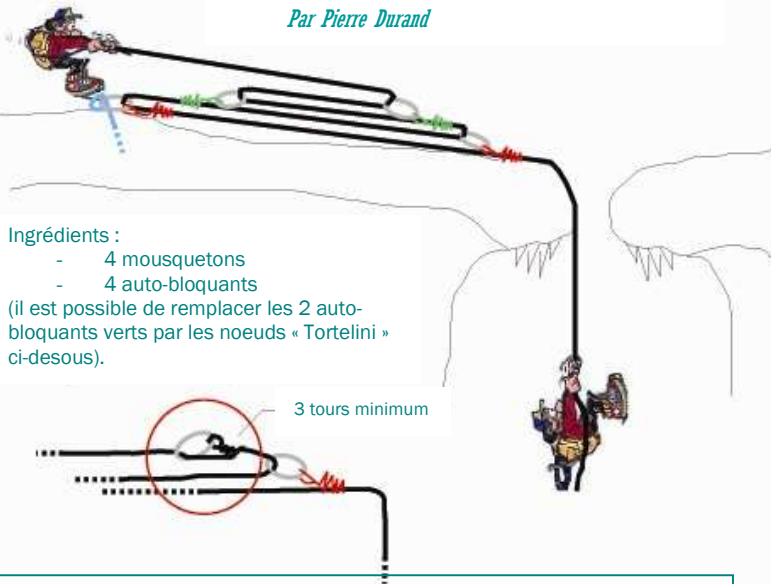
Spécimen



Technique

L'auto-sauvetage en crevasse

Par Pierre Durand



Ingrédients :

- 4 mousquetons
- 4 auto-bloquants

(il est possible de remplacer les 2 auto-bloquants verts par les noeuds « Tortellini » ci-dessous).

Le mouflage sur mouflage

Une solution économique à vos problèmes de crevasse !

Expérimentation en cours

« que respire-t-on au Mont Blanc ? »

(suite de l'article du bulletin de juin)

par Jean Blanchard

Expérimentation en temps réel jusqu'au sommet du Mont Blanc :

Dans notre dernier numéro, j'évoquais l'expérimentation de juillet 2006, ayant rassemblé deux groupes de « cobayes », les uns sportifs occasionnels, les autres alpinistes confirmés, lors d'une ascension du Mont Blanc réalisée affublés de capteurs des principales fonctions physiologiques.

Parmi les résultats, on note (sans surprise excessive), qu'entre 2300 m et 4810m, la fréquence cardiaque des « experts » est moindre que celle des « moins entraînés », de l'ordre de 5 à 10 pulsations/mn, tandis que leur niveau de VO₂ (exprimée en pourcentage de sa valeur à 2000m), est supérieure de l'ordre de 5% entre les 2 groupes.

Les non-alpinistes ne sont pas capables de garder une vitesse ascensionnelle élevée, comparable à celle qu'ils peuvent soutenir à 2000m, alors que les alpinistes diminuent très progressivement cette vitesse, qui diminue pourtant pour atteindre 75% de sa valeur initiale (à 2000m), en arrivant au sommet (dans les 500 derniers mètres d'ascension).

L'idée de l'équipe scientifique est de réaliser une expérience grandeur nature et en temps réel, sur les pentes de l'Everest, afin de lever les zones d'ombre persistantes, pour une certaine mesure, concernant certains mécanismes physiologiques en très haute altitude.

Le bulletin de l'ANMSM s'efforcera de vous tenir au courant des résultats à venir, et de la réalisation des objectifs ambitieux de ce qui constituerait les premiers « case report », effectués jusqu'à ce jour en très haute altitude.

DIUMUM altitude TRIENT

Coopération Franco-Suisse

par France Rocourt

C'est une cinquantaine de français venus de tous horizons qui ont participé au stage d'altitude qui termine la formation du DIUMUM. Nous avons commencé à Chamonix, à l'UCA des Cosmiques qui a gentiment accepté de nous recevoir. Dès le mardi matin, une montée en télésiège suivie d'une marche de plus de 3 heures dont la dernière sur un glacier nous permet d'accéder à la cabane de Trient perchée à plus de 3000m. Tous les ingrédients sont réunis pour faire de cette semaine une réussite, à commencer par une météo idyllique, un cadre de carte postale, avec les glaciers et sommets tout proches. Les courses en montagne, exercices dans les crevasses et cours théoriques se succèdent le soir grâce au vidéoprojecteur dans le refuge.



En dehors des cours, les échanges entre les participants se révèlent toujours aussi riches pour tout le monde et d'autant plus cette année. En effet, le secours en montagne du Valais participe à cette formation dès le début de la semaine avec trois guides, qui regardent « l'organisation des cordées françaises » avec un peu d'effroi. Dès le jeudi, le GRIMM rejoint le stage avec une douzaine de médecins participant au secours en montagne dans le Valais. Les simulations de conditionnement de blessés plus ou moins coincés ou positionnés dans des endroits précaires le vendredi et le samedi avec les Suisses complètent le manque de ce type d'exercice du début de semaine. Nous avons aussi eu la visite d'un médecin argentin. Celui-ci, convié, par l'ambassade de France participe au projet initié par l'ANMSM en Argentine au printemps 2007. Il y a eu aussi l'organisatrice du 3ème congrès de médecine de montagne et d'aventure en 2008 au Québec, ancienne élève du DIUMUM.

En bref, une semaine de bonheur partagé et des projets plein la tête, nous regagnons le sommet du téléphérique dans l'après-midi du samedi pour se quitter après un casse-croûte avec les sauveteurs valaisans.



Combe ouest - Everest

Un nouveau produit qui ne devrait plus quitter nos sacs !
Plus d'info à l'AG.

blizzard
SURVIVAL

The Ultimate in Lightweight Thermal Protection



3^e colloque

Médecine de Montagne et d'Aventure

du 21 au 25 janvier 2008
Hôtel du Lac
Mont-Tremblant, Québec



Programme et inscription sur le site : medaventure.com
tarif « étudiant » pour les membres ANMSM & GRIMM

Mécanique

« TRUCS ET ASTUCES » DU BLOC DU NERF FÉMORAL

PAR Philippe MAHIU

Le but des ALR du membre inférieur réside dans l'optimisation de la prise en charge analgésique des patients traumatisés du membre inférieur. Parmi ces techniques, nous allons nous intéresser à une technique facile d'apprentissage, fiable en termes de réussite et rapide d'efficacité : le bloc du nerf fémoral. Bien réalisé, il apporte une analgésie parfaite pour le patient et un confort dans la mise en condition et le brancardage du blessé pour l'équipe de secours. Il permet d'éviter l'utilisation de drogues sédatives à fortes doses (anxiolytiques associés ou non à des analgésiques morphiniques centraux) pouvant altérer l'état de conscience et masquer par exemple l'aggravation clinique d'un traumatisé crânien.

Deux techniques font références dans la pratique de l'ALR extrahospitalière :

- le bloc iliofascial où le neurostimulateur n'est pas nécessaire
- le bloc fémoral avec neurostimulateur obligatoire

(1) Le bloc iliofascial

Intérêt : Cette technique permet l'anesthésie du nerf fémoral sans neurostimulateur.

Position du patient : le patient en décubitus dorsal.

Position du médecin : l'opérateur est le plus souvent du côté opposé au membre à anesthésier.

Repère : une ligne est tracée entre l'épine iliaque antéro supérieure et l'épine pubienne. Le point de ponction se situe 1 à 2 centimètres en dessous du tiers latéral et des deux tiers médiaux.

Ponction : après une asepsie soignée, une aiguille de 21 Gauge et 50mm de long est introduite en direction céphalique avec un angle de 45° par rapport à la peau. Après son franchissement, l'opérateur réalise une rotation de l'aiguille autour de son axe sur 180° de façon à amener le biseau de l'aiguille parallèle au plan cutané, et une première résistance sera rompue : le fascia lata puis il viendra buter contre une seconde résistance : la fascia iliaca. Après franchissement de celui-ci, la solution d'AL peut être injectée de façon fractionnée et diffuse dans l'espace iliofascial.

Posologies :

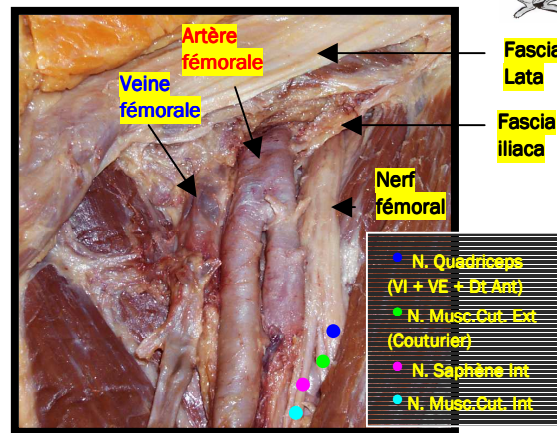
- 0,3 à 0,4 ml/kg de lidocaïne ou de mepivacaïne 1% chez l'adulte
- chez l'enfant 1ml/ année d'âge de lidocaïne 1% jusqu'à un maximum de 15 ml
- Délai d'action de 5 à 15 minutes

Indications : la fracture de la diaphyse fémorale.

Les complications : Elles sont inexistantes si les précautions de réalisations sont respectées.

L'inconvénient de cette technique est l'inconstance des résultats en terme d'analgésie parfaite, en effet le taux de réussite est de 80% à 100% pour le nerf fémoral, 90% pour le nerf cutané latéral de la cuisse et de 45% à 70% pour le nerf obturateur. Mais dans cette configuration, une analgésie extra-hospitalière est suffisante, il n'est pas nécessaire d'avoir une anesthésie analgésique chirurgicale comme au bloc opératoire avant une intervention chirurgicale.

Ses principaux avantages sont sa très grande facilité technique et sa rapidité d'exécution sur le terrain. Le neurostimulateur n'est pas nécessaire, et seule une aiguille à biseau court d'ALR est obligatoire pour la réalisation de cette technique.



(2) Le bloc fémoral avec neurostimulateur

Position du patient : le patient est en décubitus dorsal, la cuisse plus ou moins en abduction.

Position du médecin : l'opérateur est souvent du côté opposé au traumatisme.

Repères anatomiques :

- technique classique : une ligne est tracée entre l'épine iliaque antéro supérieure et l'épine du pubis ; 2 cm sous cette ligne le bord externe du battement de l'artère fémorale est repéré et marqué d'un trait. Le point de ponction se situe à 1 cm du bord externe de l'artère. Au moment de la ponction, l'artère sera maintenue et protégée sous les doigts.

- Variante technique selon Louis Jean Dupré : cette technique de repérage est plus fiable pour localiser le nerf fémoral. Il convient de marquer avec un stylo dermatographique, l'arcade crurale, le bord externe de l'artère fémorale et le bord interne du muscle sartorius (facilement palpable, il s'insère sur l'épine iliaque antéro supérieure, il est superficiel, traverse toute la cuisse en un trajet oblique en bas et en dedans vers la face antéro interne de la cuisse lorsqu'il se rapproche du genou). Le point de ponction se situe sur le pli inguinal, à mi distance entre le bord latéral de l'artère et le bord interne du muscle Sartorius.

Technique selon Louis Jean Dupré :

Ponction : après une désinfection soignée et large du point de ponction. Une aiguille de neurostimulation 21 Gauge de 5 centimètres de long à biseau court est introduite avec une inclinaison de 30° à 45° et avancée doucement pour franchir le ressaut du fascia lata et ainsi obtenir la seule réponse motrice validée : La contre indication isolée du quadriceps avec ascension de la rotule.

Les indications : sont les fractures de la diaphyse fémorale et les luxations de la rotule

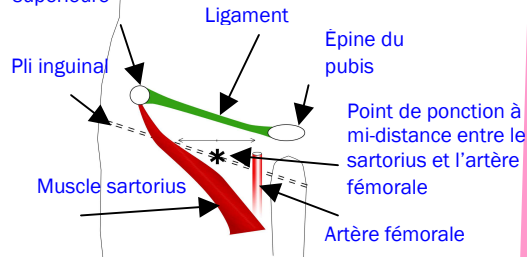
Posologie : idem bloc iliofascial

Les complications : les injections intravasculaires (pouvant être évitées par les tests d'aspiration successifs et le contact verbal permanent avec le patient) et les injections intraneurales (doivent être évoquées devant une douleur fulgurante dès le début de l'injection).

Le taux d'échec est proche de 0% si le protocole de neurostimulation est respecté. Cependant l'opérateur peut tomber sur une variation anatomique.

Remerciements pour les schémas au docteur F. Gulchard.

Épine iliaque antéro supérieure



Maison des Parcs et de la Montagne
73000 CHAMBERY

**Retrouvez-nous
sur le web :
www.anmsm.com**



Président : Prof. Pierre Girardet pgirardet@chu-grenoble.fr
Trésorière : Dr France Rocourt France.rocourt@wanadoo.fr
Secrétaire : Dr Christophe Lanière christophe.laniere@free.fr



50 ans à la base hélicoptère du Versoud « Histoire du début »

Par Francis Delafosse

Après l'inauguration officielle du Groupement Hélicoptère en 1957, c'est dans le courant du mois de Juillet que sera implantée sa toute première base dans la région de GRENOBLE. C'est avec un appareil américain le « BELL G2 » (moteur essence, pales en bois, deux civières extérieures, 3 places en cabine) qu'en ce 20 juillet 1957, deux pilotes FROMMWEILER et LEPLUS, et deux mécaniciens MONTMASSON ET MARET, se présenteront à la Préfecture de l'Isère. Dès lors, les quatre hommes partiront en reconnaissance sur toute la région. Les deux pilotes se font qualifier « spécialistes de la giraviation en altitude ».

Après diverses démonstrations, ils tentent d'inclure leur appareil aux interventions des services de secours y compris en montagne. C'est pourquoi, dès les beaux jours de la saison d'été 1958, la première Alouette II du Groupement leur sera affectée; elle leur permettra de partir à la découverte du véritable « vol en montagne » proprement dit.

Ce jeune organisme d'Etat est placé sous la responsabilité du Service National de la Protection Civile.

A noter, l'interdiction donnée aux équipages d'effectuer leurs interventions aériennes pour la récupération des personnes décédées. Les missions de ce type seront toujours effectuées par caravanes terrestres.

Le premier crash en mission aura lieu dans le Massif du Moucherotte. Ce jour-là, le 15/06/1960, sans faire de blessé grave, l'appareil fut en partie détruit en heurtant la paroi de roche du rotor de queue.

Dès 1960, Alfred LEPLUS et MONTMASSON étudient un modèle de civière intérieure afin que les blessés soient installés non plus en civières extérieures mais à proximité du médecin durant tout le vol; le premier modèle de fabrication locale, utilisé sur l'Alouette II jusqu'en 1977, sera approuvé par l'Administration centrale en février 1961. Le 4 octobre suivant, cette initiative autorise le tout premier transport d'enfants prématurés.

Le 9 avril 1961, Madame GISCARD D'ESTAING, épouse du futur Président de la République, victime d'une chute à ski au Col des Montets (3250 m) sera récupérée à bord de l'Alouette II venue de Grenoble, par l'équipage LEGAC-BOVIER pour être acheminée sur Chamonix.

Le 29 août 1961, quand un avion de chasse heurte les câbles de la télécabine de la Vallée Blanche à Chamonix, l'Alouette II de Grenoble sera appelée en renfort. Sur place, se trouve déjà Jean BOULET, pilote d'essai de Sud Aviation; il est à bord d'une toute récente Alouette III munie d'un treuil de sauvetage et disposé à tenter un hélitreuillage en cas d'échec de récupération des passagers par les moyens classiques.

Très intéressés par ce nouvel appareil plus que prometteur, ce type de machine sera affecté à GRENOBLE en 1962 en même temps que la livraison des nouveaux bâtiments et l'arrivée de nouveaux équipages BONELLI-ROUET-RIERA-COUVERT-WATTEBLED. Le détachement permanent de l'Alouette III en période d'été à Chamonix sera créé.



Quelques temps plus tard, à bord de l'Alouette II, toujours présente, le jeune Lieutenant Pilote WATTEBLED se tue en compagnie de deux sauveteurs de la C.R.S. 147 sur le Massif de la Meije. L'année 1963 sera l'occasion d'effectuer les premiers exercices d'hélitreuillage, la possibilité d'effectuer des mises en stationnaire, jumelée à l'utilisation du système de treuil, formeront les conditions idéales dans l'application des secours en paroi et autres endroits difficiles d'accès. Dès lors, l'essor sera considérable. Cette année-là, verra l'arrivée du Pilote FREBAULT sous la responsabilité du Chef de base J.L. LUMPERT.

Désormais, dans le domaine du secours en montagne, l'ALOUETTE III prit son véritable envol et pour près d'un demi-siècle encore... □

Le livre du mois

Par Jean Blanchard

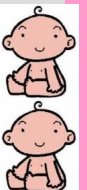


Le monde de la montagne est en deuil: René DESMAISON est mort en cette fin septembre 2007. L'un des plus grands alpinistes français de tous les temps, aux 114 premières et plus de 1000 ascensions, était aussi un auteur respecté. Ses deux ouvrages emblématiques furent « la montagne à mains nues », paru en 1971 et relatant les grandes ascensions de la décennie précédente. A mes yeux, le plus grand de ses livres est sans conteste « 342 heures dans les Grandes

Jorasses » paru en 1973 et relatant la tentative d'ascension d'une voie originale, extrêmement difficile, la « Gousseault-Desmaison », au cours de laquelle Serge Gousseault trouva la mort, tandis que René Desmaison trouva la force de survivre pendant plus de 14 jours! Sa survie ne tient qu'à un fil, celui du treuil acheminé par Alain Frebault, pilote de l'Alouette III de la Sécurité Civile du Versoud, qui prit sur lui de tenter de l'extraire de la face, là où tous les autres avaient renoncé.

Altimed: la liste de diffusion Internet des médecins du secours en montagne à travers le monde. Inscription sur le site : www.pro.gyneweb.fr

Carnet rose
2007 accueille à nouveau 2 bébés A.N.M.S.M.
Mila BLANCHARD et Luc NIVET
Bienvenue et souhaitons que leurs parents sauront leur transmettre leur passion de la montagne et du secours.



Des infos, des idées :
faites-nous en part sur le site
anmsm.com

Comité de rédaction :
Jean Blanchard
Pierre Durand
Philippe Mahiou



Info site « dium.free.fr » : Tout ce que vous vouliez savoir sans oser le demander sur cette formation universitaire de haut vol (jeu de mots !) Articles, mémoires, forum, cas cliniques, etc...

