

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

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

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

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

Francis Levy

WADEM, Colmar, France

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

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

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

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

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s112

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

Bernard Nemitz

University of Amiens (France), Amiens, France

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

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

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

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

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

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s112

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

Henri Julien

Paris, France

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

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

La 2ème étude regroupant 9 547 cas a confirmé ces données: taux de F.V. de 17,66% avec 30,54% de victimes hospitalisés avec activité cardiaque spontanée. La fréquence des fibrillations ventriculaires des moins de 20 ans a été confirmée: 13,41%.

Une dernière étude sur 22 373 dossiers d'arrêts cardiaques extra hospitaliers a confirmé ces chiffres: taux de F.V.: 19,2%, taux de ressuscitation 29,1% en cas de F.V. choquée. 513 arrêts cardiaques ont moins de 20 ans, un taux de F.V. de 14,85% (13,65% pour ceux de moins de 15 ans).

Ces premiers résultats plaident pour la poursuite du recueil des données, en incluant notamment le devenir post-hospitalier des victimes ainsi secourues.

Summary in English: The French Civil Protection made a national study over the using of AED by the fire fighters; the results of this study including 22,373 cases in two and one half years.

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s112–s113

Oral Presentations—Exercises and Drills

Innovative Approaches to Emergency Management Drills in South Asia

Kiran Pandit,¹ John E. Arbo,¹ Satchit Balsari,¹ Hilarie Cranmer,² Dario Gonzalez,¹ Robert Bristow¹

1. New York-Presbyterian Hospital, New York, New York USA
2. Harvard Humanitarian Initiative, Cambridge, Massachusetts USA

Introduction: South Asian nations regularly experience natural and humanmade disasters that disproportionately affect vulnerable populations in large cities. Humanitarian agencies and educational institutions are shifting their focus from emergency response to emergency preparedness. A modular course approach culminating in a full-scale disaster drill is an innovative and timely strategy for building capacity in emergency management in these settings.

Objective: The objective of this study was to create a training program that builds resilience in communities by facilitating collaborations between local stakeholders and experts. This will improve coordination and the timely and efficient utilization of resources during disasters and identify system and resource gaps to help prioritize emergency management activities.

Methods: Disaster drills were conducted in four cities in South Asia over a two-year period. Each drill was preceded by three days of modular didactics and a tabletop drill. Modules included tracks for trauma care, hospital emergency management, prehospital care, and public health. Tabletop drills also involved police and fire departments, municipal disaster management, non-governmental organizations, and the military. Full-scale disaster drills with mock victims engaged all parties in a coordinated response, and were followed by a comprehensive hot wash and after-action report. A standardized evaluation tool and video were used to assess capacity and response during the drills.

Results: Qualitative feedback from the modular courses and disaster drills, as well as real post-training events (terrorist attacks in Ahmedabad and Mumbai), indicated that participants felt the exercises were beneficial and provided

the opportunity for collaboration and systems improvement in the areas of communication, command and control, patient care, resources, and security.

Conclusions: A modular course and disaster drill approach is an innovative and an effective strategy for building capacity in emergency preparedness in South Asia.

Keywords: disaster management; drill; emergency management; South Asia; tabletop

Prehosp Disast Med 2009;24(2):s113

Experience with the Agency for Healthcare Research and Quality Evaluation Tool in a Developing Nation

John E. Arbo,¹ Mamata Kene,² Satchit Balsari,¹ Christopher Tedeschi,¹ Eesbara Vithana,⁴ Lisa Hilmi,³ Robert Bristow,¹ Hilarie Cranmer²

1. New York-Presbyterian Hospital, New York, New York USA
2. Harvard Humanitarian Initiative, Cambridge, Massachusetts USA
3. AmeriCares, Stamford, Connecticut USA
4. Ministry of Healthcare and Nutrition, Disaster Preparedness and Response Unit, Colombo, Sri Lanka

Introduction: Low- and middle-income nations are disproportionately affected by a growing number of disasters caused by natural and human-made hazards. Similarly, the human and economic costs associated with these events are exaggerated when compared with developing nations. Augmentation of disaster preparedness and response in these nations remains a focus of humanitarian agencies. A standardized evaluation tool to assess response capacity and track system improvements in such settings is lacking. We relate our experience using the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) disaster drill assessment tool to evaluate a simulated blast event in Colombo, Sri Lanka.

Methods: A prospective observational study was completed during a full-scale disaster drill. Simulated victims were triaged, transported by ambulance, evaluated by hospital staff, and given operative, intensive care unit, floor, or discharge dispositions. Forty drill evaluators sent from regional disaster management offices completed a two-day course in disaster management, drill design, and the AHRQ tool. **Results:** A post-drill debrief was conducted. The evaluation emphasis of the AHRQ tool adequately addressed training concerns of the participating agencies. The applicability of the tool, however, was limited. Individuals available to serve as evaluators were few in number and diverse in their education and experience. The small sample size and difference in observer skill sets limited the consistency and broader applicability of findings. The approach of the external evaluator also limited participatory feedback, which might have enabled more comprehensive and timely reporting of data. Lastly, the tool proved complex in its language and design, impeding accurate and reliable execution in this setting.

Conclusions: The AHRQ tool proved challenging to deploy in a resource-constrained setting. Evaluation tools intended for use in such settings should use simple and consistent language, be brief, easily translated, and participatory in their design and feedback mechanisms. Such a