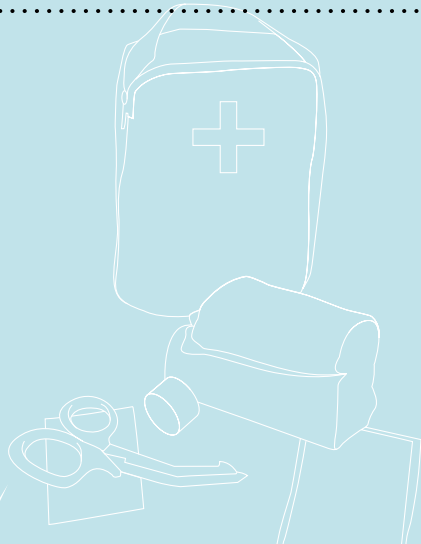
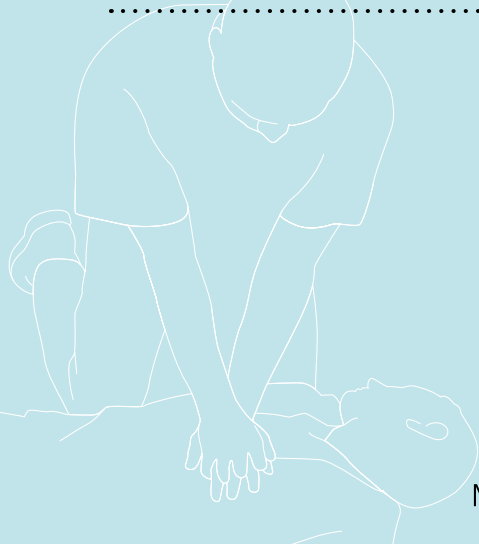




FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE

NIVEAUX 1 ET 2



SOMMAIRE

1	Introduction	5
2	Comment définir l'urgence ?	5
3	La protection	6
3.1	La protection, c'est quoi ?	6
3.2	Réagir en cas d'attaque terroriste	7
3.3	Les Équipements de Protection Individuels (EPI)	8
4	Passer un message d'alerte	9
4.1	Qui dois-je alerter ?	9
4.2	Intérêt du Centre 15	10
4.2	Contenu du message d'alerte	11
5	Les urgences absolues	12
5.1	La victime inconsciente qui respire	12
5.2	La victime inconsciente qui ne respire pas	14
5.3	L'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger	22
5.4	L'hémorragie	25
6	Les urgences potentielles	32
6.1	Évaluer la victime : les signes de gravité	32
6.2	Faire face à un malaise	35
6.3	Faire face à un traumatisme	36
6.4	Urgences traumatiques : les plaies	37
6.5	Urgences traumatiques : les traumatismes ostéo-articulaires	39
6.6	Principes de relevage et de brancardage	39
6.7	Faire face à une brûlure	40
6.8	Règles élémentaires d'hygiène	42
6.9	Passer un bilan dans le respect des règles déontologiques	43
7	L'accouchement inopiné	44
7.1	L'accouchement	44
7.2	L'expulsion	44
7.3	La délivrance	48
7.4	Réanimation néonate	49
8	Les risques collectifs	51
8.1	Le signal d'alerte des populations	51
8.2	Les plans de secours	52
8.3	Grippe : épidémiologie	62
8.4	Les risques NRBC	64
8.5	Risques radiologiques et nucléaires (Volet ORSAN NRC)	65
8.6	Risque biologique (Volet ORSAN NRC)	71
8.7	L'impact psychologique (Volet ORSAN MEDICO PSY)	72
9	Conclusion	73
10	Bibliographie	74
11	Pour aller plus loin... sites internet	75

LEXIQUE

ACEH	Arrêt cardiaque extra-hospitalier
ACIH	Arrêt cardiaque intra-hospitalier
ACR	Arrêt cardio-respiratoire (synonyme d'arrêt cardiaque)
AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
BAVU	Ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle
DAE	Défibrillateur automatisé externe
DSA	Défibrillateur semi-automatique
EEG	Électro-encéphalogramme
EPI	Équipement de protection individuelle
FC	Fréquence cardiaque (nombre de battements sur une minute)
FR	Fréquence respiratoire (nombre de ventilations sur une minute)
FV	Fibrillation ventriculaire (rythme choquable)
Gasps	Râles respiratoires inefficaces agoniques, en général, correspondant à une fréquence respiratoire inférieure à 6 mouvements par minute chez l'adulte
IOT	Intubation oro-trachéale
NRBC	Nucléaire, radioactif, bactérien, chimique, synonyme de NBCE

PAM	Pression artérielle moyenne
PAPS	Point d'accès en sécurité public (localisation des DAE)
PAS	Pression artérielle systolique
PLS	Position latérale de sécurité (cf. inconscient qui respire)
RCP	Réanimation cardio-pulmonaire
RSP	Rythme sans pouls (rythme non choquable)
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SaO ₂	Saturation en oxygène, synonyme d'oxymétrie pulsée
TAS	Tension artérielle systolique (synonyme pression artérielle)
TDM	Examen tomodensitométrique
TV	Tachycardie ventriculaire (rythme choquable)
VAS	Voies aériennes supérieures comprenant le pharynx (nasal, oral, postérieur) et le larynx
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine, HIV en anglais

1. INTRODUCTION

Pour un soignant, faire face à l'urgence ne s'improvise pas mais nécessite des connaissances et un entraînement adaptés. L'enseignement recommandé des gestes d'urgence, dans le cadre de la formation initiale et continue est maintenant réglementé depuis du 30 décembre 2014.

De plus, l'ILCOR 2015 recommande un programme communautaire d'accès au DEA (Défibrillateur Externe Automatique) afin d'améliorer le pronostic des ACEH (Arrêt Cardiaque Extra-Hospitalier) par le grand public.

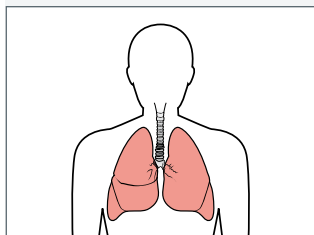
2. COMMENT DÉFINIR L'URGENCE ?

Une urgence est une situation imprévue et brutale dans son apparition et sa gravité.

Les urgences sont réparties en deux groupes :

1 LES URGENCES ABSOLUES (U.A.)

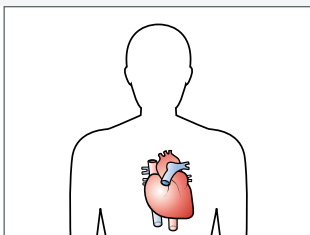
Risque de décès imminent par atteinte gravissime d'une des trois fonctions vitales ; elles nécessitent une prise en charge immédiate.



Fonction respiratoire

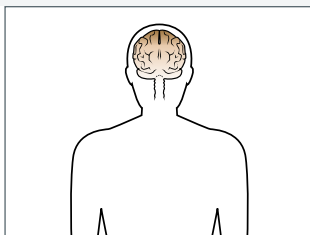
A* : évaluation des voies aériennes supérieures (Airway)

B : prise en de la ventilation (Breathing)



Fonction circulatoire

C : évaluation de la Circulation



Fonction neurologique

D : évaluation neurologique (Déficit)

* L' ABCD est l'une des méthodes qui permet de faire un type de bilan.

2 LES URGENCES RELATIVES OU POTENTIELLES (U.R./U.P.)

les soins peuvent être différés, sans oublier qu'elles peuvent s'aggraver.

3. LA PROTECTION

3.1 LA PROTECTION, C'EST QUOI ?

Supprimer ou baliser de façon permanente tout danger environnant pour protéger le sauveteur, la victime et les autres.

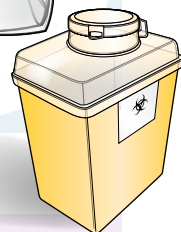
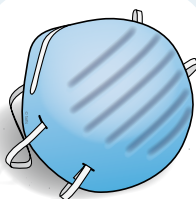
- 1 Approcher prudemment de la zone.
- 2 Observer les dangers potentiels pour le sauveteur, la victime ou les autres.
- 3 Si cela est possible supprimer le danger (couper l'électricité, aérer si fuite de gaz, couper le contact d'un véhicule accidenté...).
- 4 Baliser la zone pour en éviter toute intrusion.

MATÉRIEL DE PROTECTION

Gants à usage unique

Masque

Lunettes anti-projection

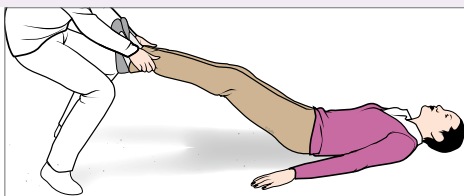


En milieu professionnel utiliser le conteneur pour piquants-tranchants.

- 5 Face à un danger vital réel, immédiat et non contrôlable, procéder à un **dégagement d'urgence** (manœuvre exceptionnelle).



Traction par les poignets



Traction par les chevilles

Effectuer un dégagement d'urgence uniquement si la victime est facilement atteignable et visible et procéder au déplacement vers un lieu suffisamment à distance du danger et de ses conséquences.

NOTE

Afin d'assurer sa sécurité, le secouriste doit connaître les mesures d'hygiène de base (mesures barrières).

Supprimer ou baliser de façon permanente tout danger environnant pour protéger le sauveteur, la victime et les autres.

3.2 RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE



VIGILANCE

- Témoin d'une situation ou d'un **comportement suspect**, vous devez contacter les forces de l'ordre (17 ou 112)
- Quand vous entrez dans un lieu, repérez les **sorties de secours**
- Ne diffusez aucune information sur l'intervention des forces de l'ordre
- Ne diffusez pas de rumeurs ou d'**informations non vérifiées** sur Internet et les réseaux sociaux
- Sur les réseaux sociaux, **suivez les comptes @Place_Beauvau et @gouvernementfr**



Pour en savoir plus : www.encasdattaque.gouv.fr

Avant l'arrivée des forces de l'ordre, ces comportements peuvent vous sauver.

Source : www.info.gouv.fr/risques/reagir-en-cas-dattaque-terroriste

1/ S'ÉCHAPPER



2/ SE CACHER

1- Enfermez-vous et barriquez-vous



2- Éteignez la lumière et coupez le son des appareils



3- Éloignez-vous des ouvertures, allongez-vous au sol



4- **SINON**, abritez-vous derrière un obstacle solide (mur, pilier...)



5- Dans tous les cas, coupez la sonnerie et le vibreur de votre téléphone

3/ ALERTER ET OBÉIR AUX FORCES DE L'ORDRE

17
ou
112

Dès que vous êtes en sécurité, appelez le 17 ou le 112



Ne courez pas vers les forces de l'ordre et ne faites aucun mouvement brusque



Gardez les mains levées et ouvertes



3.3 LES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELS (EPI)

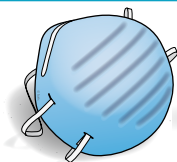
Supprimer ou baliser de façon permanente tout danger environnant pour protéger le sauveteur, la victime et les autres.

Se protéger d'un
« **sur-accident** »

Triangle, gilet jaune...

Se protéger des **projections
de liquide biologique
contaminant**

Gants à usage unique,
masque, lunettes
anti-projection



4. PASSER UN MESSAGE D'ALERTE

4.1 QUI DOIS-JE ALERTER ?

**En milieu
professionnel**

Appliquer le protocole propre à l'établissement
(numéro d'urgence spécifique à l'établissement).

**Hors milieu
professionnel**

Contacter le SAMU en composant le 15.

NOTE

Les quatre numéros d'urgence (15, 17, 18, 112) travaillent en interconnexion radio ou téléphonique.

L'alerte est le
1^{er} maillon de la chaîne de secours

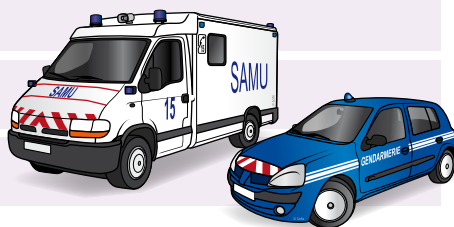


4.2 INTÉRÊT DU CENTRE 15

Organise les secours pré-hospitaliers

Interconnexion téléphonique **15/18**

En liaison radio avec le **17**



Les **missions** du SAMU Centre 15

- ▶ Écoute médicale 24h/24
- ▶ Déterminer & déclencher la réponse la plus adaptée
- ▶ Organiser le transport et l'accueil du patient
- ▶ Participer à l'élaboration des plans de secours
- ▶ Assurer la couverture sanitaire d'événements exceptionnels
- ▶ Éducation sanitaire et prévention
- ▶ Enseignement au travers des CESU

Traitement d'un appel :
2 interlocuteurs successifs

ARM (Assistant de Régulation Médicale) ou RMU (Répondant Médical d'Urgence)

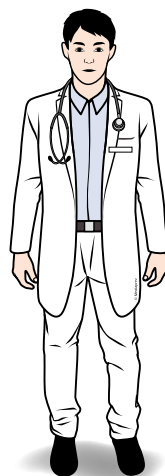
Médecin régulateur ou un médecin généraliste pour un conseil médical

Rôles de l'ARM

- ▶ Identifier l'appelant, l'adresse exacte de l'intervention.
- ▶ Faire un pré-tri en s'enquérant de l'état de conscience et la qualité de la respiration de la victime.
- ▶ En cas de reconnaissance d'un ACR, ils doivent encourager et expliquer aux témoins de débiter le plus rapidement possible les compressions thoraciques et les inciter à se procurer au plus vite un DEA sans jamais arrêter de masser la victime.
- ▶ Transmettre l'appel au médecin régulateur.
- ▶ Appliquer les décisions du régulateur.

Rôles du médecin régulateur

- ▶ Analyser la demande, évaluer le degré de gravité.
- ▶ Apporter la réponse la plus adaptée.
- ▶ Suivre la mise en oeuvre de la décision.
- ▶ Préparer l'accueil hospitalier.



4.2 CONTENU DU MESSAGE D'ALERTE

- ▶ Se présenter et donner votre N° de téléphone.
- ▶ Indiquer le motif d'appel.
- ▶ Localisation la plus précise de l'évènement.
- ▶ Nombre de victimes et leurs états.
- ▶ 1ères mesures et gestes effectués.
- ▶ Répondre aux questions et appliquer les consignes.
- ▶ Raccrocher sur instruction de l'interlocuteur.
- ▶ Si quelqu'un d'autre donne l'alerte :
s'assurer avant qu'il possède toutes les informations et après vérifier l'exécution.
- ▶ Tant que possible envoyer quelqu'un au devant des secours.



5. LES URGENCES ABSOLUES

5.1 LA VICTIME INCONSCIENTE QUI RESPIRE

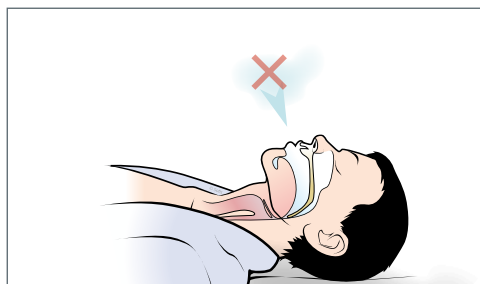
L'inconscience se caractérise par une absence de réaction aux stimuli verbaux ou physiques et par la présence de ventilation spontanée. L'inconscience peut être d'origine médicale, toxique ou traumatique.

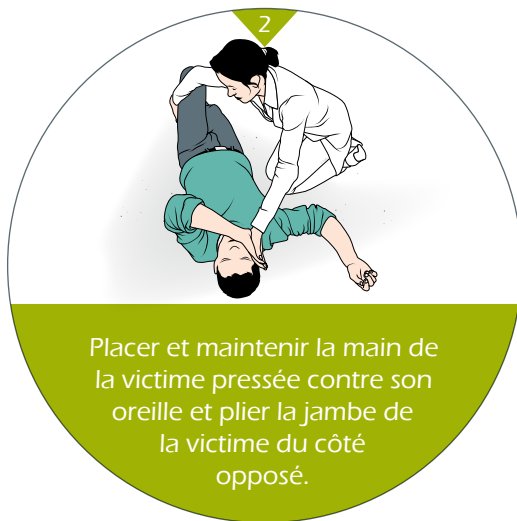
Quels sont les risques ?

- ▶ Obstruction des voies aériennes par baisse du tonus musculaire de la langue
- ▶ Inhalation des sécrétions gastriques et en cas de vomissements par abolition du réflexe de déglutition
- ▶ Uniquement si la victime est à plat dos.

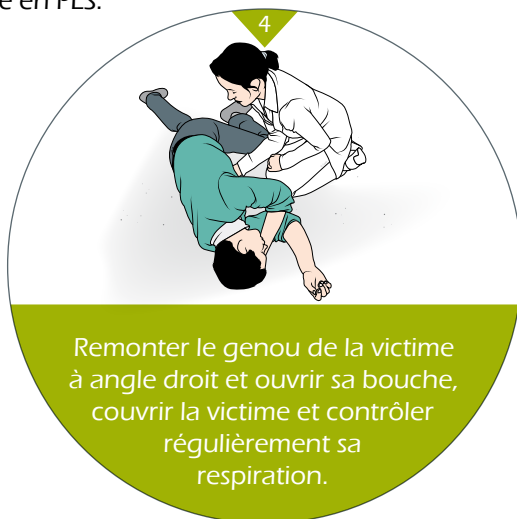
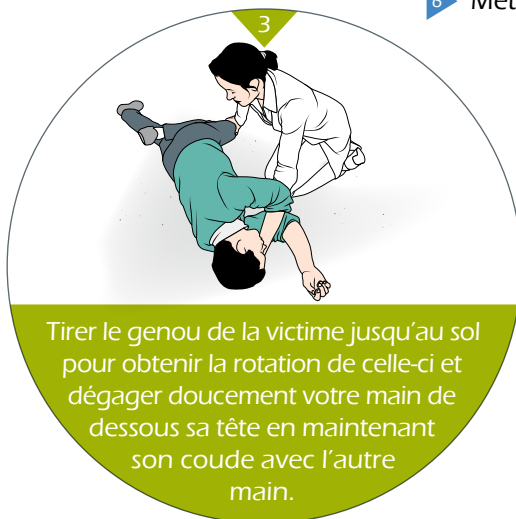
Conduite à tenir

- 1 Sécuriser les lieux, se protéger, protéger le patient.
- 2 Tester la conscience de la victime (ordres simples, contact physique en secouant doucement les épaules ou serrant la main).
- 3 Appeler : « A l'aide, à l'aide » ; en milieu professionnel, les renforts doivent arriver avec le chariot d'urgence.
- 4 Libérer les voies aériennes : bascule prudente de la tête en arrière pour décoller le massif lingual du pharynx, ouvrir la bouche de la victime et vérifier son contenu.
- 5 Évaluer la ventilation pendant 10 secondes.





6 ► Mettre en PLS.



- 7 ► Alerter les secours. Dès que possible, compléter le bilan :
- Paramètres vitaux : fréquences cardiaque et respiratoire, mesure de la pression artérielle, oxymétrie de pouls, glycémie capillaire...
 - Si besoin, oxygénothérapie, voie veineuse périphérique...

CAS PARTICULIERS

Femme enceinte ou victime obèse : Le retournement côté gauche permet d'éviter l'apparition d'une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen.

Nourrisson : placer le nourrisson qui ne répond pas et qui respire **sur le côté dans les bras du sauveteur**, le dos du nourrisson contre le sauveteur.

En présence d'une victime qui ne répond pas, ne réagit pas et respire **à la suite d'un traumatisme** :

- ▶ Laisser la victime sur le dos et maintenir la liberté des voies aériennes.
- ▶ Protéger contre la chaleur, le froid ou les intempéries.

Si vous ne connaissez **pas l'origine** de la perte de connaissance, agissez comme dans le cas d'une **perte de connaissance suite à un traumatisme**.

Bilan para clinique

- ▶ Prise des constantes : FC, FR, TA, SaO2
- ▶ Glycémie capillaire

5.2 LA VICTIME INCONSCIENTE QUI NE RESPIRE PAS

Quelle que soit sa cause (cardiaque, respiratoire...), une défaillance grave de la pompe cardiaque aboutit à un arrêt de l'activité circulatoire.

Aspects cliniques

Le patient est inconscient, c'est à dire qu'il n'ouvre pas les yeux à la demande, ne répond pas au stimuli, et ne respire pas normalement (absence de mouvement respiratoire, respiration inefficace ou gasp, fréquence respiratoire inférieure à 6).

Absence de pouls : la prise de pouls ne doit pas retarder le début de la RCP et ne doit pas excéder 10 secondes (en même temps que le contrôle de la respiration).

La chaîne de survie résume l'ensemble des actes à effectuer pour plus d'efficacité dans la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire.

Chaîne de survie ACEH



Cinq maillons

PREMIER MAILLON

- 1 Reconnaissance et activation du système d'intervention d'urgence

DEUXIÈME MAILLON

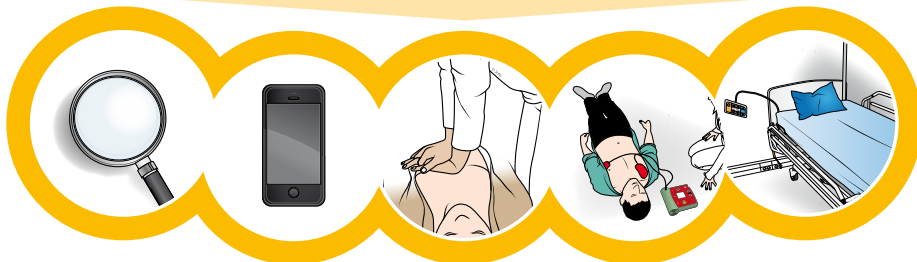
- 2 Réanimation Cardio Respiratoire immédiate de haute qualité :
 - MCE seul sans matériel
 - MCE et Ventilation 30/2 si matériel

TROISIÈME MAILLON

- 3 Défibrillation rapide

- 4 QUATRIÈME MAILLON
Services médicaux d'urgence avancés et de base
- 5 CINQUIÈME MAILLON
Soins avancés d'urgence et soins post-arrêt

Chaîne de survie ACIH



Cinq maillons

- 1 PREMIER MAILLON
Surveillance et prévention
- 2 DEUXIÈME MAILLON
Reconnaissance et activation du système d'intervention d'urgence
- 3 TROISIÈME MAILLON
Réanimation Cardio Respiratoire immédiate de haute qualité : alternance du 30 MCE et de 2 ventilation (cycle 30/2)
- 4 QUATRIÈME MAILLON
Défibrillation rapide
- 5 CINQUIÈME MAILLON
Soins avancés d'urgence et soins post-arrêt

Chaque maillon est indissociable des autres pour augmenter les chances de survie.

Conduite à tenir face à un arrêt cardio-respiratoire de l'adulte

- 1 Veiller à la sécurité des lieux pour les secouristes et la victime, porter les EPI (gants à usage unique...)
- 2 Établir le diagnostic d'inconscience.
- 3 Appeler à l'aide : renforts et chariot d'urgence.
- 4 Établir le diagnostic d'arrêt respiratoire.



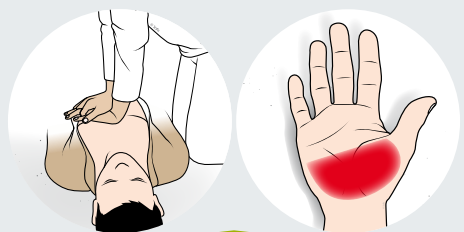
- 5 Passer le message d'alerte en précisant qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque.
- 6 Débuter, au plus vite, les compressions thoraciques, si possible, en même temps que le message d'alerte (soignants en nombre suffisant).

Pas de respiration/gasps sur 10 secondes



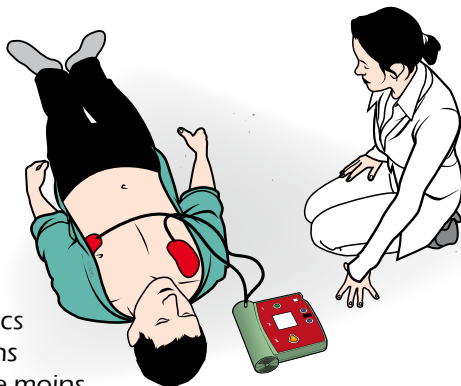
Objectifs thérapeutiques

Enfoncer le thorax de 6 cm (d'un tiers de sa hauteur) à un rythme compris en 120/ minute, toujours laisser le thorax revenir à sa position initiale entre deux compressions, interrompre les compressions le moins souvent possible en respectant un maximum de 5 secondes pour les deux insufflations.



Le talon de la main prend appui sur le sternum.

- 7 Poursuivre les compressions thoraciques, organiser des relais, sans temps mort, toutes les 2 minutes environ, afin d'éviter la fatigue des soignants.
- 8 Mettre en place le défibrillateur (respecter le positionnement des électrodes sur le thorax rasé et sec).
- 9 Lors des phases d'analyse et lors des chocs électriques (défibrillation), les compressions thoraciques devront être interrompues le moins longtemps possible. Les équipes doivent être entraînées à anticiper les ordres du défibrillateur.

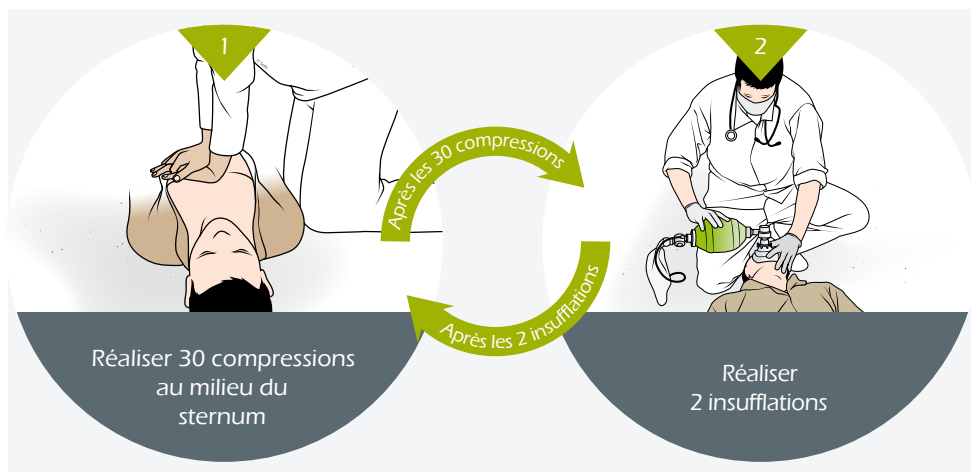


- 10 Si « choc » indiqué, appliquer les consignes de sécurité :
 - « Attention, choc indiqué. »
 - « Reculez tous. »
 - « Attention, je choque. »
 - Alternier 30 compressions thoraciques avec 2 insufflations sur 5 secondes.



- 11 Assister la ventilation, apporter 100% d'oxygène (BAVU : ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle branché sur une source d'oxygène et muni de son enrichisseur).

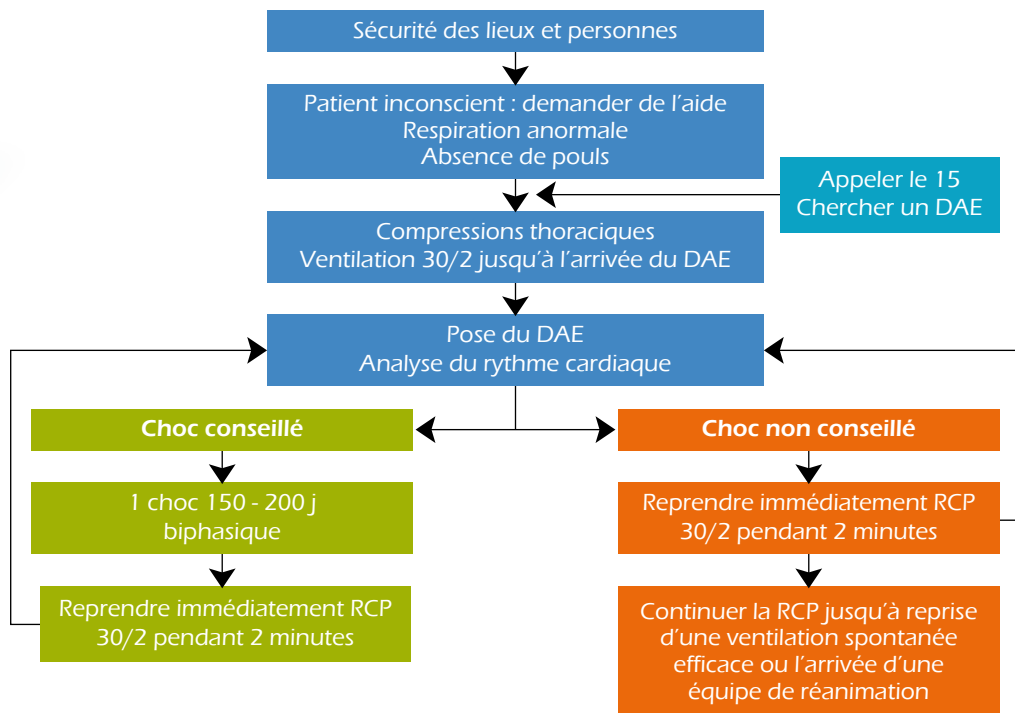
12 ▶ Alternier 30 compressions thoraciques avec 2 insufflations sur 5 secondes.



ALGORITHME DE LA DÉFIBRILLATION AUTOMATISÉE EXTERNE

Cet algorithme est réalisable par tous les intervenants formés à la DAE en attendant l'arrivée de l'équipe de réanimation médicalisée.

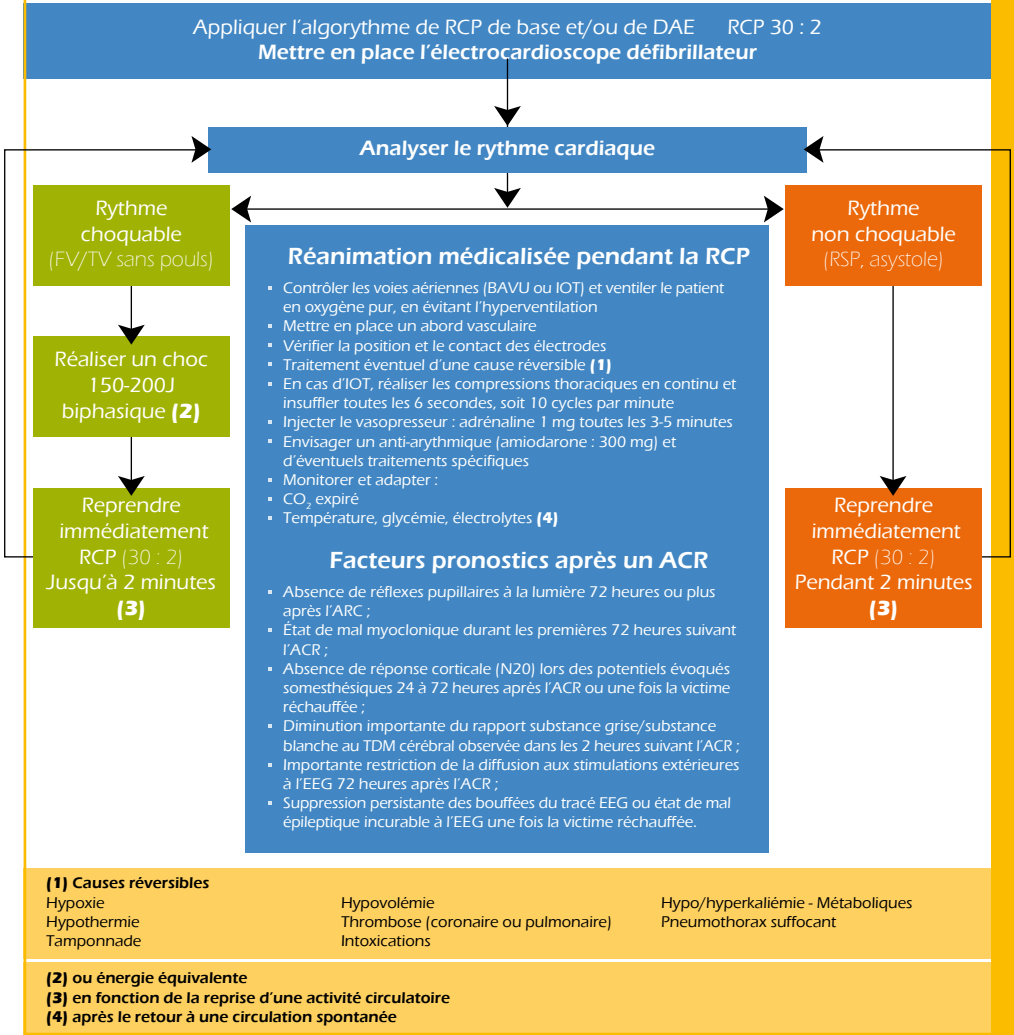
Les interruptions des compressions thoraciques doivent être les plus courtes possibles.



En cas de disponibilité immédiate d'un DAE, notamment à proximité d'un PAPS, le défibrillateur doit être utilisé le plus rapidement possible.

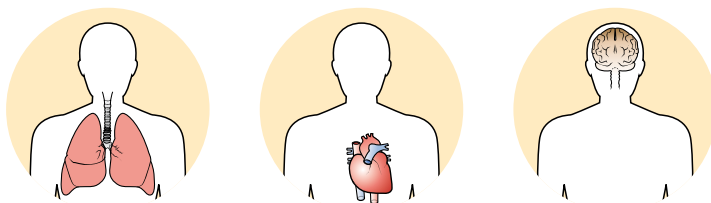
ALGORITHME DE LA RÉANIMATION MÉDICALISÉE

Cet algorithme est réalisable dès l'arrivée d'une équipe médicalisée de réanimation préhospitalière (déclenchée par le 15) ou hospitalière. Un rythme choquable signifie « pour lequel le choc électrique est indiqué ». Les indications des médicaments sont précisées dans le texte. Les interruptions de compressions thoraciques doivent être le plus courtes possibles, et ne jamais excéder 10 secondes. Si la défibrillation permet le retour à une circulation spontanée et efficace, le médecin peut abréger la séquence suivante de 2 minutes de RCP.



En cas de reprise de l'activité circulatoire

Évaluer les fonctions vitales du patient : check-list (cf. p 25).



Initier l'assistance respiratoire si elle n'est pas déjà en cours.

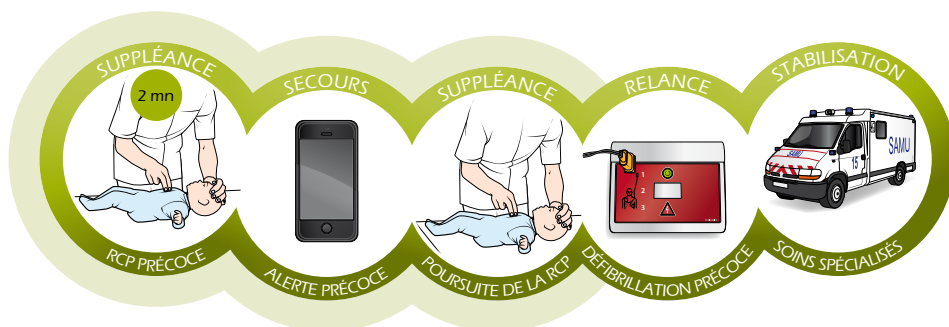
Chercher la cause (électrocardiogramme) ou en poursuivre son traitement.

Conduite à tenir face à un arrêt cardio-respiratoire de l'enfant

Ces recommandations sont valables pour les enfants (de 1 an à la puberté) ainsi que les nourrissons (enfants âgés de moins de 1 an à l'exception des nouveau-nés).

Débuter la RCP par 5 insufflations initiales. puis poursuivre par deux minutes de compressions thoraciques associées à la ventilation (15/2 à un ou deux secouristes), ou 5 insufflations suivies de 3 cycles de 15/2.

La chaîne de survie, appliquée à l'enfant, inverse les deux premiers maillons : alerter après deux minutes de réanimation cardio-pulmonaire.



Les deux premiers maillons sont inversés.

Bilan de votre victime : adaptez votre langage à son âge.

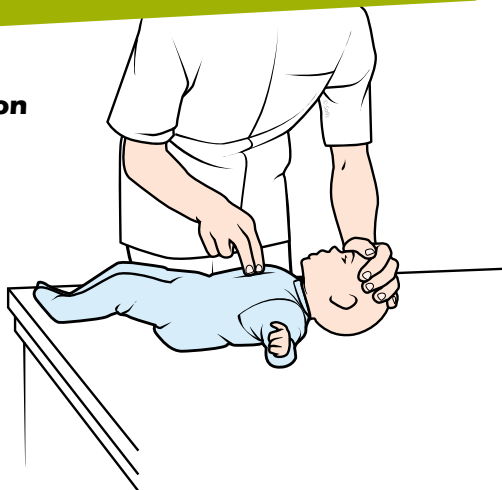
Patient inconscient : ne réagit pas à la stimulation auditive et tactile (grasping)

Appeler à l'aide, faites chercher le DEA

Débuter par deux minutes de **réanimation cardio-respiratoire** :

6 cycles complets de 30 compressions pour 2 ventilations avec de passer le message d'alerte

Poursuivre la réanimation jusqu'à l'arrivée des secours



À deux intervenants, effectuer une RCP à un ratio de 15/2 ; le rythme des compressions doit, quelque soit l'âge, être de 100 à 120 par minute ;

Grâce aux téléphones munis de haut-parleur, l'alerte peut être donnée au cours de la réanimation sans interruption des compressions thoraciques.

Le pouls de l'enfant peut être pris de façon concomitante au bilan respiratoire chez les professionnels aguerris : un pouls inférieur à 60 battements par minutes chez un enfant est synonyme d'ACR ;

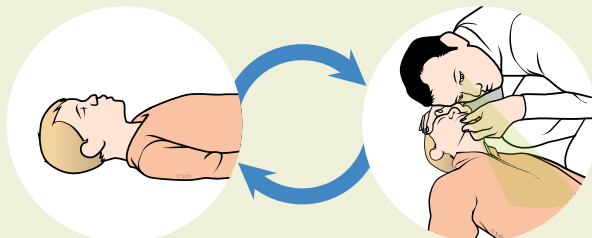
La profondeur des compressions thoraciques doit être d'au moins un tiers du diamètre antéro-postérieur du thorax de l'enfant (4 cm chez le nourrisson, 5 cm chez l'enfant).

Apport d'oxygène (BAVU) :

- 3 à 5 l/mn chez le nourrisson et jusqu'à l'âge de 2 ans
- 7 à 10 l/mn entre 2 et 8 ans
- 15 l/mn après 8 ans.

Schéma d'aide à la décision face à un arrêt cardiaque de l'enfant

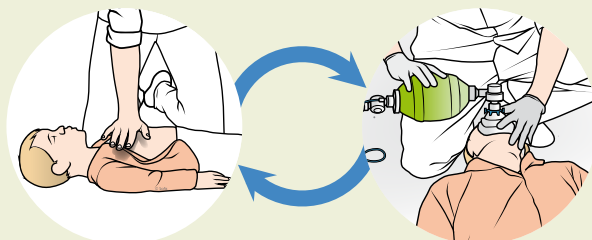
Inconscient
Ventilation
anormale



« À l'aide ! À l'aide ! »
Renfort & chariot de réanimation avec DAE

Garder la perméabilité des voies aériennes

2 minutes de
réanimation
15/2



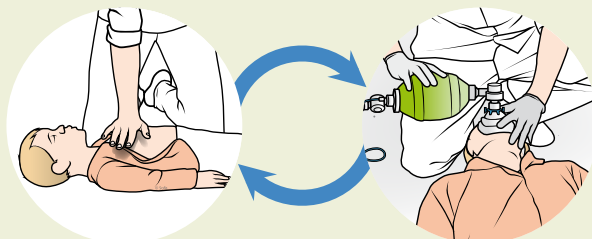
Appeler le



Continuer la RCP et placer le DAE

1 sauveteur :
15 compressions/
2 ventilations

2 sauveteurs :
15 compressions/
2 ventilations



RCP de base de l'enfant.

5.3 L'OBSTRUCTION AIGÛE DES VOIES AÉRIENNES

L'Obstruction aigüe des voies aériennes par corps étranger est une gêne ou un empêchement total et brutal des échanges d'air entre l'extérieur et les poumons. Elle concerne principalement les âges extrêmes de la vie et est causée par un corps étranger ou de la nourriture. L'intervention d'un sauveteur est alors essentielle.

2 situations sont à distinguer : les obstructions **partielles** et les obstructions **totales**.

Reconnaître le type d'obstruction en posant une question à la victime.

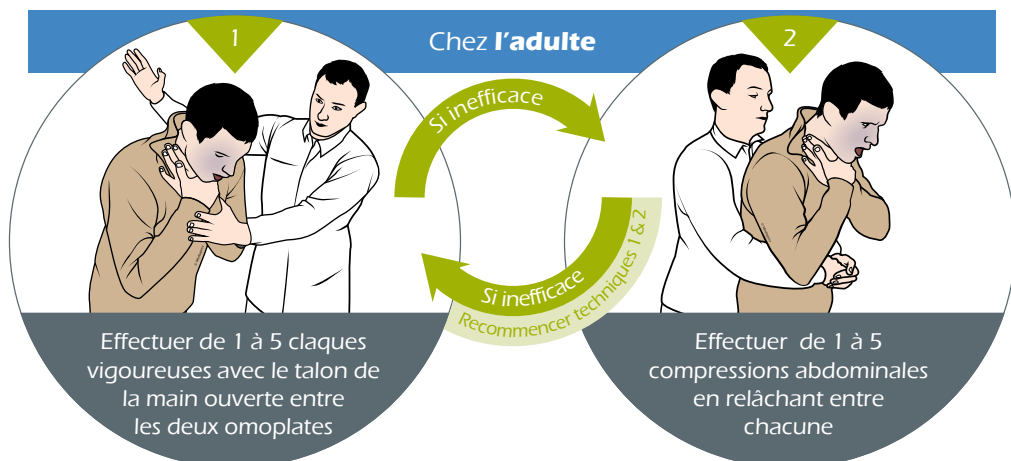
Obstruction totale		Obstruction partielle
Pas d'air Pas de son Mains à la gorge Bouche ouverte Agitation Cyanose jusqu'à l'inconscience		Peut parler ou crier Tousse Respire, parfois bruyamment

Si aucun geste n'est effectué, le pronostic vital de la victime peut rapidement être mis en jeu ou engendrer des complications graves : **risque d'arrêt cardio-respiratoire**.

Principe d'action :

- ▶ Désobstruer les voies aériennes si obstruction totale.
- ▶ Éviter l'aggravation si obstruction partielle.

Chez l'adulte



En cas de réussite, rassurer, protéger (installer la victime au repos, assise ou demi-assise), alerter les secours et surveiller.

Après l'expulsion du corps étranger, en attendant les secours, dans le cadre du milieu professionnel et avec l'aide de matériel : **étayer le bilan en prenant les constantes** : FC, FR, TA, SaO₂, niveau de conscience (score de Glasgow)...

En fonction du degré de gravité : proposer une oxygénothérapie au masque.

Obstruction totale chez la victime qui peut tenir sur la cuisse du sauveteur

- ▶ S'asseoir.
- ▶ Basculer la victime sur sa cuisse, la face vers le bas.
- ▶ Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates, avec le talon de la main ouverte.

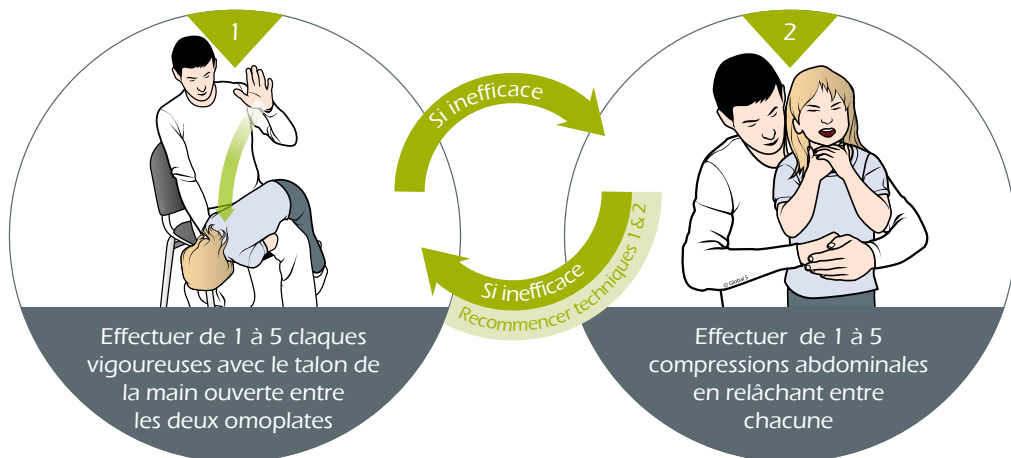
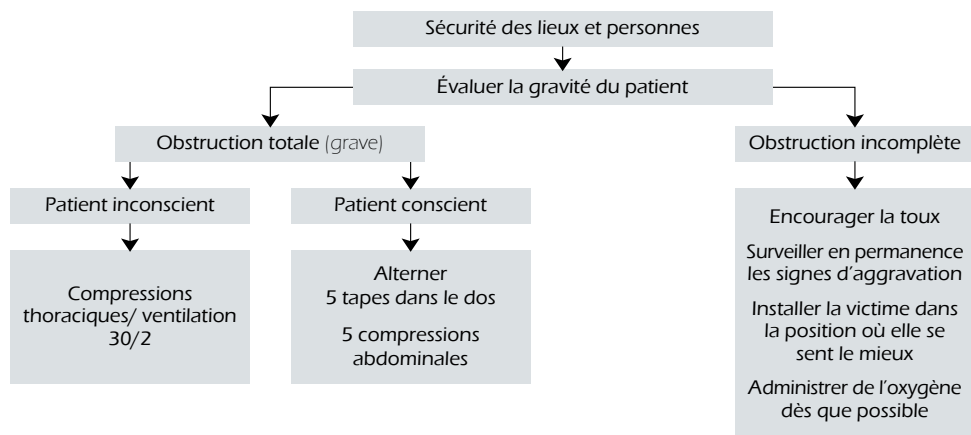


Schéma d'aide à la décision

Obstruction des V.A.S. - Adulte & grand enfant

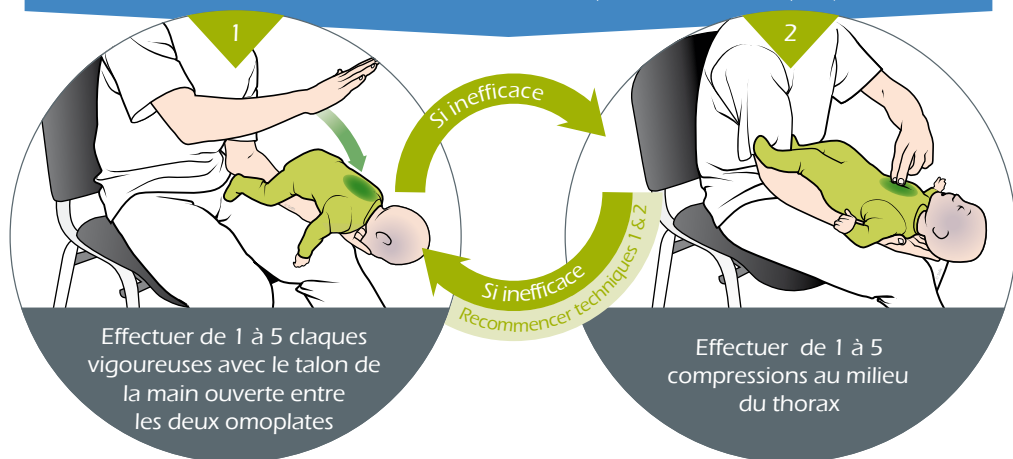


Déclencher les secours : 15

Conduite à tenir chez le nourrisson

- ▶ Retirer le corps étranger de la bouche s'il est visible et accessible.
- ▶ Bien maintenir la tête du bébé.

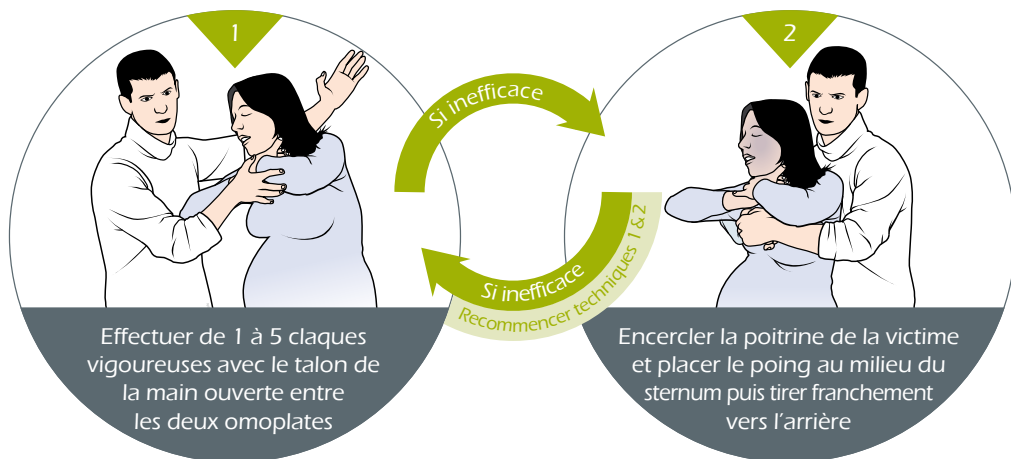
Chez le nourrisson : manœuvre de Mofenson (5 claques dans le dos suivies d'un retournement et de 5 compressions thoraciques).



Devant une personne obèse ou enceinte

Chez le patient obèse ou la femme enceinte (troisième trimestre de grossesse), la manœuvre de Heimlich est impossible à réaliser (pour des raisons morphologiques) ou dangereuse.

On réalise alors des **compressions sternales ou thoraciques**.



Chez **la victime consciente, alitée et difficilement mobilisable**, qui présente une obstruction totale des voies aériennes, le sauveteur réalise des compressions thoraciques comme pour le massage cardiaque.

Obstruction partielle

- › Respecter la position du patient.
- › L'encourager à tousser.
- › Ne pas effectuer de geste de libération des VAS (tape ou Heimlich).

Si la victime perd connaissance

- › Il sera alors nécessaire de procéder à une réanimation cardio-pulmonaire.
- › Lors de cette réanimation, il faut vérifier la présence du corps étranger dans la bouche (et si nécessaire le retirer) avant de procéder aux 2 insufflations.
- › Vérifier toutes les 30 compressions si le corps étranger est présent dans la bouche.

5.4 L'HÉMORRAGIE

Définition

Une hémorragie externe est une perte de sang abondant provenant d'une plaie (saignement pouvant être en jet ou en nappe) qui ne s'arrête pas spontanément et qui imbibes un mouchoir ou une compresse en quelques secondes. Elle est secondaire à un traumatisme, une plaie par objet tranchant, un projectile, ou arrachement de dispositif médical.

Quels sont les risques ?

Pour la
victime

Fonction circulatoire d'abord puis les autres fonctions vitales par retentissement

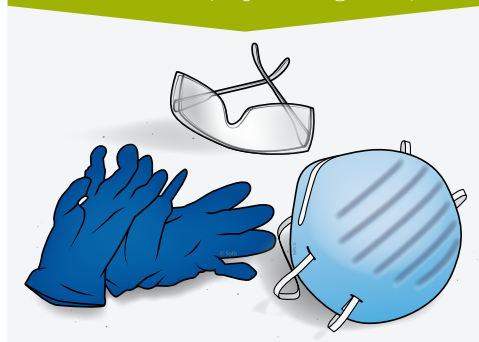
Pour le
sauveteur

Infection par maladies transmissibles en cas de plaies ou projection sur les muqueuses

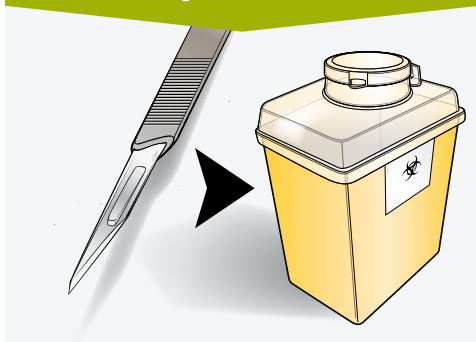
Principe d'action

Arrêter le saignement en se protégeant.

Porter les EPI (masque avec visière ou lunettes anti-projection, gants...)



Isoler
l'objet tranchant



Repérer l'origine du saignement

- ▶ Le plus souvent, un saignement abondant est facilement repérable.
- ▶ Cependant, dans certains cas, la position de la victime ou ses vêtements peuvent temporairement cacher le saignement.
- ▶ Rechercher des signes de saignement abondant tout en respectant la position de la victime (en palpant le corps...).

La compression manuelle

- ▶ Faire comprimer ou comprimer.
- ▶ Se protéger du sang de la victime (gants non souillés, sac plastique...).
- ▶ Intercaler si possible un tissu propre lors de la compression, en recouvrant complètement la plaie.
- ▶ La compression doit être maintenue jusqu'à l'arrivée des secours.

Allonger la victime

Une fois la compression manuelle exercée et afin de garantir une circulation efficace du sang à travers le corps, il est important d'allonger la victime pour retarder ou empêcher l'apparition d'une détresse circulatoire.

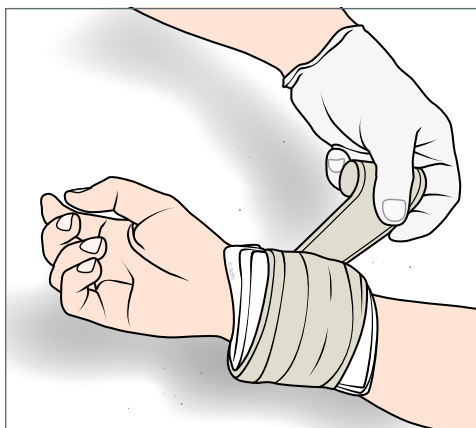
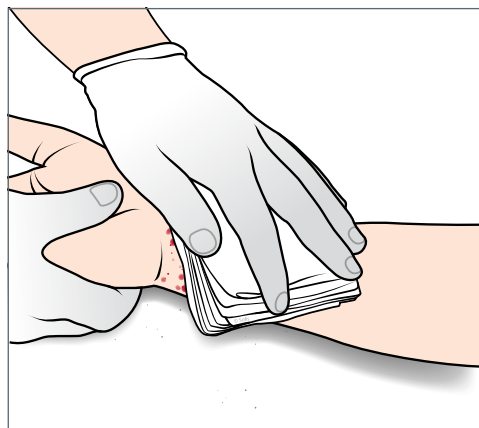
Alerter le SAMU ou le N° interne dédié aux urgences vitales

- ▶ Par un témoin s'il est présent
- ▶ Par le sauveteur si la victime comprime elle-même, ou en utilisant le haut-parleur du téléphone pour maintenir la compression manuelle.
- ▶ Si ce n'est pas possible, mettre en place un pansement compressif pour passer l'appel.



Pansement compressif

- ▶ Recouvrir la plaie avec un tissu propre (mouchoir, torchon, vêtement...).
- ▶ L'envelopper avec un lien large ou une bande élastique suffisamment serrée pour arrêter le saignement.



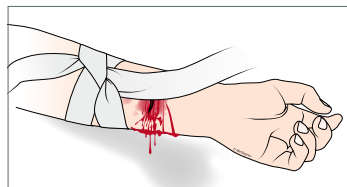
Le pansement compressif ne peut se réaliser qu'aux membres (bras, jambe).

Si la compression manuelle d'un saignement abondant d'un membre est inefficace (le saignement persiste malgré tout) ou impossible (nombreuses victimes, catastrophes, situations de violence collective ou de guerre, nombreuses lésions, plaie inaccessible, corps étranger).

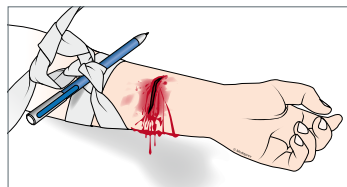
Mettre en place un garrot 5 centimètres au-dessus de la plaie, jamais sur une articulation, pour arrêter le saignement.

Garrot improvisé

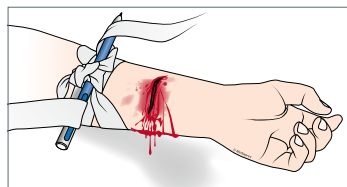
Lien de toile, solide, non élastique, improvisé de 3 à 5 cm de large et d'au moins 1,50 m de longueur : cravate, écharpe, foulard, chemise



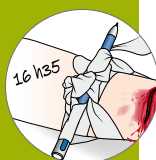
Faire 2 tours autour du membre puis faire un nœud.



Placer au-dessus du nœud une barre (longue de 10 à 20 cm environ, en bois solide, PVC dur, ou métal rigide) pour permettre le serrage. Faire 2 nœuds au-dessus de la barre pour la maintenir.

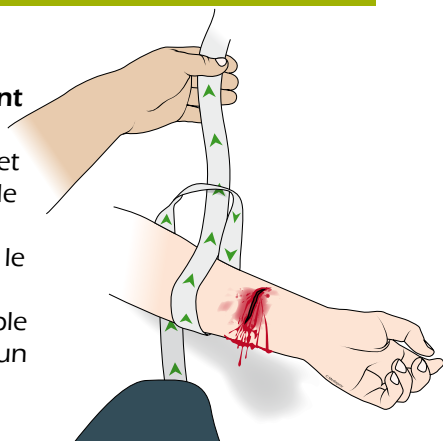


Tourner la barre de façon à serrer le garrot jusqu'à l'arrêt du saignement même si la douleur est intense. Maintenir le serrage avec les extrémités restantes du lien ou avec un second lien.



En l'absence de barre, faire le garrot uniquement avec le lien large.

- ▶ Bloquer une extrémité du lien avec votre genou et réaliser une boucle en glissant le lien au niveau de l'hémorragie.
- ▶ Glisser une partie du lien dans la boucle afin que le garrot entoure le membre.
- ▶ Serrer le nœud du garrot le plus fortement possible en tirant sur chaque extrémité du lien et réaliser un double nœud de maintien.



Le garrot doit toujours être visible et ne doit jamais être retiré.

Critères d'efficacité d'un garrot

- ▶ Arrêt du saignement
- ▶ Disparition du pouls d'aval
- ▶ Allongement du temps de recoloration d'aval

ATTENTION !

Recouvrir le patient, mais laisser le garrot bien visible.

Ne pas oublier de noter l'heure de pose du garrot !



NOTE

En cas de nombreuses victimes, si vous constatez une hémorragie d'un membre, il est recommandé de placer un garrot tourniquet à la racine de ce membre afin de stopper le saignement actif, seul la disparition du pouls d'aval et/ ou l'arrêt du saignement permettra de juger de l'efficacité (ne pas se laisser influencer par la douleur occasionnée par la pose du garrot).

Conduite à tenir devant un corps étranger dans une plaie hémorragique

- ▶ La compression directe est contre-indiquée (risque d'aggraver la lésion ou la douleur).
- ▶ Mobiliser le corps étranger ou tenter de l'enlever, peuvent majorer l'hémorragie.



Surveiller l'état de la victime

- ▶ Si elle répond, lui parler régulièrement et la rassurer.
- ▶ Protéger la victime contre le froid et/ou les intempéries, la réchauffer.
- ▶ En cas d'aggravation (sueurs abondantes, sensation de froid, pâleur intense, ou si la victime ne répond plus), pratiquer les gestes qui s'imposent et rappeler les secours.

En milieu professionnel, une fois l'hémorragie contrôlée

En équipe, de façon concomitante,

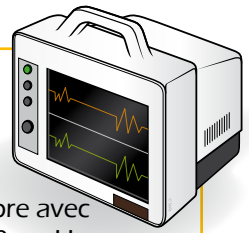
- ▶ Oxygénothérapie.
- ▶ Mise en place d'une ou deux voies veineuses périphériques de gros calibre, en fonction de l'état du patient.



AFGSU 2

En fonction du degré de gravité, par ordre de priorité :

- › Étayer le bilan en prenant les constantes : FC, FR, TA, SaO₂, niveau de conscience (score de Glasgow)...
- › Soutenir la perte des globules rouges par de l'oxygène.
- › Mettre en place une voie veineuse périphérique, de bon calibre avec un sérum salé isotonique, avec comme objectif une PAM à 60mmHg (PAS à 80/90).

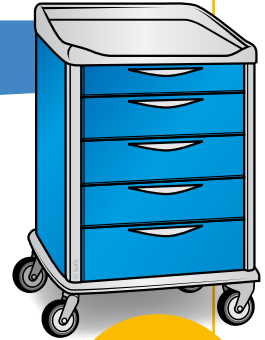


Évaluation de tension en fonction de la localisation du pouls palpé :

- › Lorsque la TA (systolique ou maxima) chute à 80 mmHg, le pouls radial n'est plus perceptible.
- › Lorsque la TA systolique chute à 60 mmHg, le pouls fémoral n'est plus perçu.
- › Lorsque la TA systolique chute à 40 mmHg, le pouls carotidien n'est plus perçu.

Chariot d'urgence, maintenance & matério-vigilance

Chaque structure de soins dispose de chariot(s) d'urgence. Le contenu comporte une dotation minimale uniforme qui permet la prise en charge des détresses vitales. Il n'existe pas de réglementation officielle mais des recommandations SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation).



Recommandations :

- › Modèle unique, dans un lieu unique connu de tous et accessible à tout moment
- › Autant de chariots que nécessaire (contraintes de lieux)
- › Même dotation minimale sur tous
- › Fermé par un scellé autocassable...
- › Entretenu et vérifié régulièrement, au moins une fois par mois (binôme IDE pour les médicaments)
- › Vérification complète après utilisation
- › Liste de contrôle jointe
- › Procédure de vérification déterminée et tracée
- › Vérification journalière du DSA et du matériel non scellé

Formation du **nouveau personnel** au chariot d'urgence

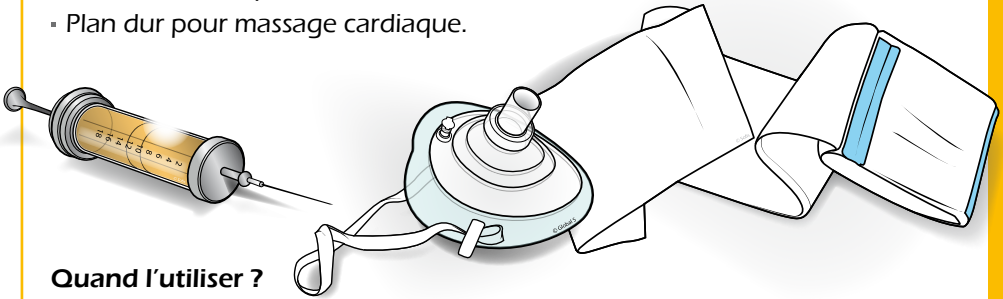
Modification du contenu sous la responsabilité du médecin responsable

Dotation minimale :

- › Défibrillateur semi-automatique (DSA), si possible débrayable en mode manuel
- › Bouteille d'oxygène à manodétendeur intégré, vérifiée et prête à l'emploi
- › Médicaments : adrénaline, dérivés nitrés (injectable et spray), atropine, lidocaïne, amiodarone, furosémide, soluté glucosé à 30 %, benzodiazépine injectable, bêta2-adrénergiques (spray et solution pour aérosol), solutés de perfusion conditionnés en poche souple (NaCl à 0,9 %, Ringer Lactate)
- › Matériel de ventilation : canules de Guedel n° 2 et 3, masques faciaux n° 3 à 6, ballon autoremplesseur à valve unidirectionnelle et filtre antibactérien, masques pour aérosol, sondes à oxygène, tuyaux de connexion, masques à haute concentration ;

Dotation minimale (suite) :

- Matériel pour accès veineux et injections : seringues de 5 et de 10 ml, jeu d'aiguilles, cathéters courts 14-16-18-20-22 G, perfuseurs avec robinets à 3 voies, compresses stériles, solution antiseptique, garrot, champs adhésifs transparents, adhésif de fixation, gants non stériles, conteneur à aiguilles, lunettes de protection, solution hydro-alcoolique ;
- Matériel d'aspiration : système d'aspiration vérifié et prêt à l'emploi, sondes d'aspiration trachéo-bronchiques, sondes pour aspiration gastrique, seringue de Guyon (50 ml à embout conique), sac à urine non stérile, raccords biconiques ;
- Plan dur pour massage cardiaque.



Quand l'utiliser ?

Les renforts amènent le chariot, à proximité du patient en détresse, dès l'appel à l'aide. Il ne faut pas venir s'enquérir une première fois de ce qui se passe puis repartir le chercher car cela constitue une perte de temps face à l'urgence vitale.

Maintenance

Elle est fonction de chaque dispositif médical.

Le défibrillateur automatique requiert un contrôle quotidien du témoin de batterie. La bouteille d'oxygène doit être rangée debout, avec son manodétendeur purgé, à distance des corps gras.

Matéριο-vigilance

Comme pour l'hygiène, elle est l'affaire de tous, elle codifie la surveillance des incidents ou risques liés à l'utilisation des dispositifs médicaux.

HÉMORRAGIES EXTÉRIORISÉES

Saignement au niveau d'un orifice naturel souvent suite à une pathologie type rupture de varice oesophagienne.

Épistaxis

- ▶ Tête penchée vers l'avant (ne jamais allonger).
- ▶ Faire moucher.
- ▶ Comprimer les 2 narines pendant 10 minutes sans relâchement.



Avis médical si :

- ▶ Pas d'arrêt du saignement ou reprise
- ▶ Traumatisme associé
- ▶ Prise de médicaments favorisant la fluidification du sang
- ▶ HTA...

Hématémèse / hémoptysie

- ▶ Allonger la victime dans la position où elle se sent le mieux si elle est consciente.
- ▶ Installer la victime en position latérale de sécurité si elle est inconsciente.
- ▶ Avis médical, surveillance.
- ▶ Vérifier la quantité, l'aspect et la couleur du sang.

MESURES CONTRE LES RISQUES D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Mesure **préventive**

- ▶ Porter des gants (à défaut un sac plastique par exemple), des lunettes de protection et un masque en cas de risque de projection.
- ▶ Utiliser des moyens spécifiques si disponible (Sac DASRI, Boîte OPCT...).
- ▶ Ne pas porter ses mains à la bouche, au nez ou aux yeux.
- ▶ Retirer les vêtements souillés dès que possible.

Mesure **corrective**

- ▶ Se laver les mains et toutes les zones souillées.
- ▶ Se désinfecter (SHA, Dakin®...).
- ▶ Suivre la procédure interne de l'établissement.



6. LES URGENCES POTENTIELLES

Afin de diminuer le risque médical, il est prudent d'évaluer le patient à l'aide d'une liste d'items cliniques (check-list permettant de ne rien oublier) qui identifie les critères de gravité dans chaque fonction vitale.

Cette check-list nommée X A B C D E, permet de passer un bilan précis de la victime, de déterminer une détresse vitale et de déclencher les secours les plus adaptés.

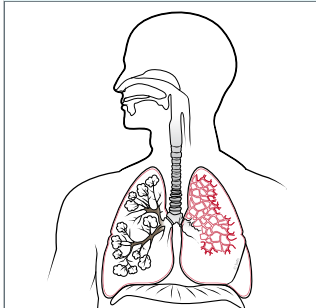
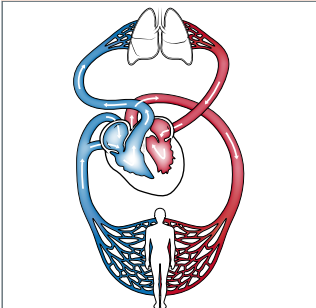
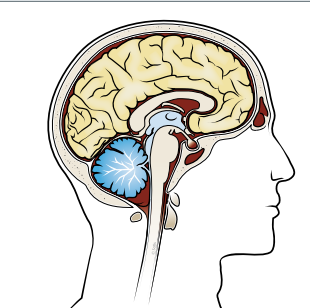
L'interrogatoire habituel est
indispensable :

- ▶ Que vous est-il arrivé ?
- ▶ Où avez-vous mal ?
- ▶ Avez-vous des problèmes de santé ?
- ▶ Faites vous des allergies ?
- ▶ Prenez-vous un traitement quotidiennement ?...

Il faut chercher à préciser l'état de gravité de la victime. Le patient est critique s'il présente une atteinte d'une des trois fonctions vitales.

6.1 ÉVALUER LA VICTIME : LES SIGNES DE GRAVITÉ

Réaliser un bon examen de la victime, permet de renseigner les secours avec précision et traiter, en premier, ce qui menace la survie : l'atteinte d'une des trois fonctions vitales de l'organisme.

Fonctions		
Respiratoire (A B)	Circulatoire (X C)	Neurologique (D)
		



X : HÉMORRAGIE

Présence d'hémorragie ?

- ▶ Contrôle de l'hémorragie



A : AIR WAY

- Maintien de la tête en cas de suspicion de traumatisme du rachis
- Parle-t-il ? Si oui, les VAS sont libres.
- Absence de bruit : obstruction complète des VAS
- Bruits : **ronflement** (inconscience) / **stridor** (obstruction incomplète des VAS ou œdème) / **gargouillement par liquide** (sang / vomissement)
- Ablation de corps étrangers par manœuvre en crochet si et seulement si le CE est visible à l'œil nu.

Thérapeutique

- Aspiration
- Sub-luxation de la mandibule
- Canule de Guedel
- PLS



B : BREATH

- Estimer la Fréquence Respiratoire : apnée / polypnée / tachypnée / bradypnée
- Bruits : sibilants / râles
- Auscultation : silence / symétrie / sibilants / crépitants / ronchi
- Cyanose : lèvres
- Tirage : sus-claviculaire / inter-costal / SCM / balancement thoraco abdominal / battements des ailes du nez
- Sueurs

Thérapeutique

- Oxygène au Masque à Haute Concentration



C : CIRCULATION

- Pouls : régularité / localisation / filant
- Peau : marbrure / couleur / chaleur / humidité
- TRC < 2" (si compris entre 2 et 5" : choc compensé...)

Thérapeutique

- Voie Veineuse Périphérique avec un cristalloïde (sérum physiologique / ringer lactate)



D : DÉFICIT NEUROLOGIQUE

- Déficit sensitivo-moteur
- Évaluation de la conscience : Glasgow
- PERL (Pupilles Egales Réactives à la Lumière)



E : EXPOSE

► Rechercher les lésions qui peuvent être létales, puis :

S Symptôme

A Allergie

M Médicament

P Passé médical et chirurgical

L Lunch / dernier Repas

E Environnement / Circonstance

Appliquez l'XABCDE à ces situations cliniques : malaise vago, syndrome d'hyperventilation psychogène, crise d'épilepsie, urticaire géant, œdème de Quincke, choc anaphylactique, crise d'asthme...

La profondeur du trouble de conscience sera évaluée par un calcul du score de Glasgow qui évalue successivement les réponses oculaires, verbales et motrices :

OUVERTURE DES YEUX

Spontanée	4
A la demande (verbale)	3
Aux stimuli douloureux	2
Aucune ouverture des yeux	1

MEILLEURE RÉPONSE VERBALE

Réponses appropriées (orientées)	5
Réponses confuses	4
Réponses inappropriées	3
Bruits incompréhensibles (geignements)	2
Aucune réponse verbale	1

MEILLEURE RÉPONSE MOTRICE

Obéit aux ordres	6
Localise les stimuli douloureux	5
Retrait à la douleur	4
Flexion anormale à la douleur (décortication)	3
Extension anormale à la douleur (décérébration)	2
Aucune réponse motrice	1

SCORE DE GLASGOW TOTAL (/15)

6.2 FAIRE FACE À UN MALAISE

Définition

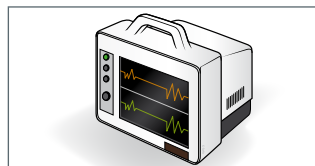
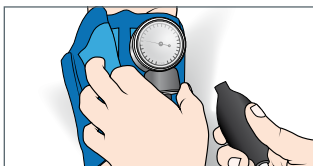
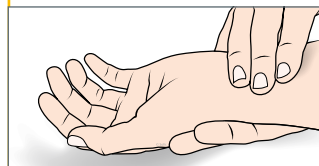
D'une façon générale, le terme de malaise désigne un symptôme, une plainte alléguée par le patient ou décrite par l'entourage correspondant à une modification de l'état antérieur.

Sur le plan médical, il s'agit d'un épisode aigu, régressif, caractérisé par un trouble de la conscience ou de la vigilance avec ou sans hypotonie pouvant provoquer une chute. Le retour à l'état antérieur est spontané.

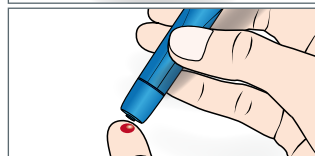
Prise en charge

L'évaluation passe par l'observation rigoureuse des fonctions vitales à la recherche d'éléments de gravité.

Évaluation clinique initiale à compléter, dès que possible, par la mesure des paramètres vitaux : FC, FR, TA, SaO₂.



Sans oublier de réaliser un électrocardiogramme et, en cas de traitement hypoglycémiant connu, une mesure de la glycémie capillaire.



AFGSU 2

Sur le plan thérapeutique, penser à laisser le patient allongé pour favoriser sa récupération sauf en cas de gêne respiratoire associée (position demi-assise).

L'alerte précoce précise les éléments importants de l'interrogatoire et liste l'ensemble des signes de gravité retrouvés lors de l'examen initial de la victime.

L'infarctus du myocarde

- ▶ Destruction d'une zone plus ou moins étendue du muscle cardiaque
- ▶ Conséquence de l'obstruction d'une artère coronaire
- ▶ 100 000 personnes concernées chaque année
- ▶ 7 % décèdent le 1^{er} mois
- ▶ 13 % au cours de la 1^{ère} année

Les **symptômes** sont les suivants :

- ▶ Douleur thoracique avec +/- irradiation du bras, de la mâchoire
- ▶ Douleur sans lien aux mouvements
- ▶ Pas de disparition de la douleur après la mise au repos
- ▶ Chez la femme : douleur gastrique accompagnée de nausées
- ▶ ECG modifié

Facteurs de risques : Tabac, sédentarité, FDR cardio-vasculaires, hérédité

L'A.V.C.

- ▶ 150 000 victimes / an en France dont 30 000 décès
- ▶ 3^{ème} cause de mortalité chez l'homme, 1^{ère} cause chez la femme
- ▶ 1^{ère} cause de handicap acquis chez l'adulte (500 000 personnes vivent avec des séquelles suite à un AVC)

La crise convulsive

- ▶ Protéger la victime lors de la phase clonique (tremblements) et mesurer le temps qu'elle dure.
- ▶ Alerter.
- ▶ Mettre en PLS lors de la phase résolutive.
- ▶ Surveiller attentivement.

6.3 FAIRE FACE À UN TRAUMATISME

Les pathologies rencontrées sont diverses :

- ▶ Les atteintes ostéo-articulaires : fractures, entorses, luxations
- ▶ Les atteintes cutanées : contusions, hématomes, plaies et brûlures

L'abord du patient traumatisé a plusieurs objectifs :

- ▶ Déterminer la gravité immédiate en examinant les fonctions vitales de la victime, évaluer la lésion traumatique pour en préciser sa gravité propre.
- ▶ Stabiliser (immobiliser le membre atteint : coude au corps, attelle, maintien manuel de l'axe tête-cou-tronc...) et soulager (cryothérapie et en l'absence d'allergie, paracétamol en sublingual sur conseil médical).
- ▶ Passer le message d'alerte.

Signes de gravité d'une blessure ostéo-articulaire ou cutanée

- ▶ **Gravité générale** : les trois fonctions vitales (A.B.C).
- ▶ **Gravité locorégionale** : concerne la lésion elle-même.

Atteinte ostéo-articulaire	Plaie
Ischémie d'aval, reflet d'une compression vasculaire	Saignement reflet d'une brèche vasculaire
Déficit moteur d'aval	Déficit moteur d'aval
Déficit sensitif d'aval	Déficit sensitif d'aval
Risque infectieux en cas de fracture ouverte	Risque infectieux lié à l'effraction cutanée

Retrait du casque

Indications :

Face à un motard inconscient, portant un casque intégral, il est nécessaire de poursuivre le bilan vital en libérant les voies aériennes afin d'évaluer la ventilation et déterminer s'il res pire ou si il est en A.C.R. Le soignant doit donc retirer le casque pour aboutir au diagnostic.

Principes :

Seul ou à deux, le casque doit être retiré sans va-et-vient par une traction dans l'axe de la tête de la victime. Pendant et au décours de la manœuvre, un maintien tête manuel est nécessaire afin de stabiliser le rachis cervical.



6.4 URGENCES TRAUMATIQUES : LES PLAIES

Une plaie est une lésion de la peau, revêtement protecteur du corps, secondaire à un traumatisme provoquée par coupure, éraflure, morsure ou piqûre. Une atteinte des tissus et organes sous-jacents est possible.

Il existe 2 types de plaies : simple / grave.

Quels sont les **risques** ?

- ▶ En fonction de la gravité de la plaie
- ▶ Peut entraîner une défaillance circulatoire ou respiratoire.
- ▶ Risque infectieux (ex. Tétanos)

Évaluer la gravité de la plaie et effectuer les gestes adéquats.

Une **plaie grave** est une plaie associée à une hémorragie :

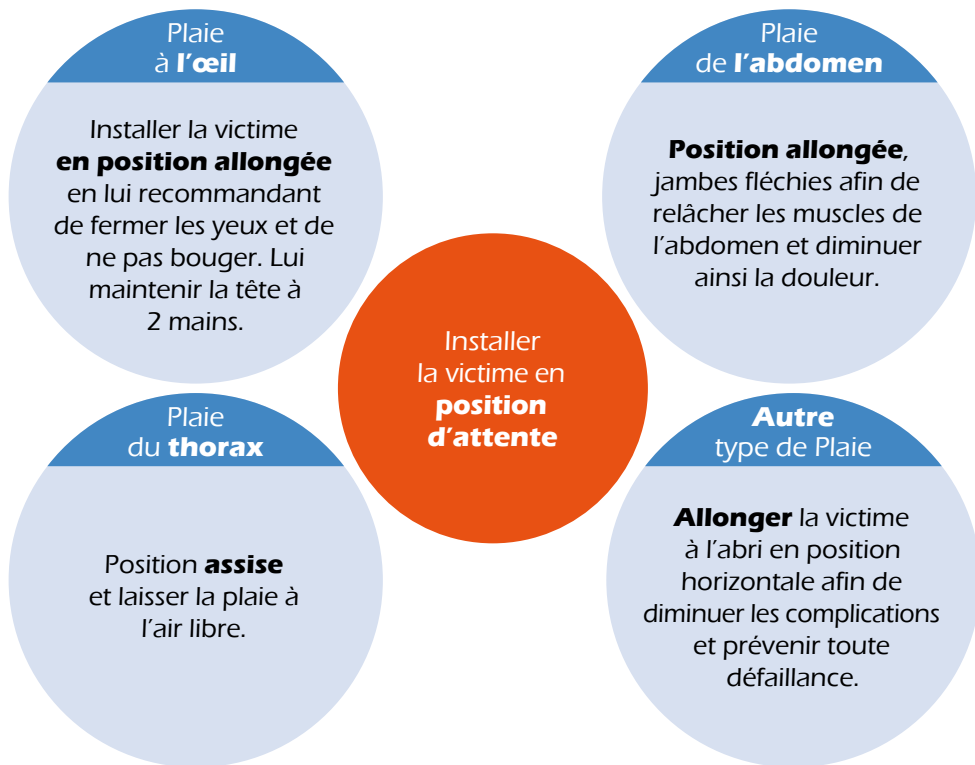
- ▶ Mécanisme pénétrant : objet tranchant, perforant, morsures, projectiles
- ▶ Aspect : déchiqueté, écrasé
- ▶ Localisation : thoracique, abdominale, oculaire, proche d'un orifice naturel

La **conduite à tenir** est la suivante :

- ▶ Ne pas retirer le corps étranger.
- ▶ Traiter l'hémorragie si il y a lieu.
- ▶ Protéger la plaie avec champs stérile.
- ▶ Installer en position d'attente.
- ▶ Protéger la victime des intempéries.
- ▶ Alerter.
- ▶ Surveiller et réconforter.

Il est conseillé de prendre un **avis médical** :

- ▶ Pour vérifier l'état vaccinal.
- ▶ En cas d'apparition de fièvre, zone chaude, rouge, gonflée ou douloureuse



Une **plaie simple** est une petite coupure superficielle ou éraflure saignant peu et non située à proximité d'un orifice naturel ou de l'œil.

La **conduite à tenir** est la suivante :

- ▶ Se laver les mains avec de l'eau et du savon.
- ▶ Nettoyer la plaie (eau +/- savon, s'aider d'une compresse pour retirer les souillures).
- ▶ Ne pas désinfecter de façon systématique toutes les plaies (risque d'infection).
- ▶ Protéger par un pansement.

Avulsion dentaire

- ▶ Réimplanter le plus rapidement possible.
- ▶ Conserver la dent dans une solution saline physiologique.
- ▶ Diriger la victime vers un dentiste dès que possible.

Section d'un membre

- ▶ Si la plaie est souillée, la laver à l'eau.
- ▶ Emballer le plus proprement possible dans un sac.
- ▶ Puis conserver dans du froid en mettant le sac dans des glaçons.
- ▶ Alerter.

6.5 URGENCES TRAUMATIQUES : LES TRAUMATISMES OSTÉO-ARTICULAIRES

Un traumatisme osseux est une lésion des os (fractures) ou des articulations (entorses ou luxation) qui peut provoquer une douleur intense ainsi qu'une impotence fonctionnelle avec un éventuel oedème ou une déformation.

Il est causé par un choc, un coup, une chute ou un faux mouvement.

En fonction de la zone atteinte, un retentissement sur les fonctions vitales est possible (ex : traumatisme crânien, traumatisme thoracique). Un traumatisme de la colonne vertébrale peut occasionner une atteinte de la moelle épinière.

La **conduite à tenir** est la suivante :

- ▶ Ne pas mobiliser (risque de complications, antalgie).
- ▶ Alerter et appliquer les consignes.
- ▶ Protéger des intempéries.
- ▶ Surveiller.

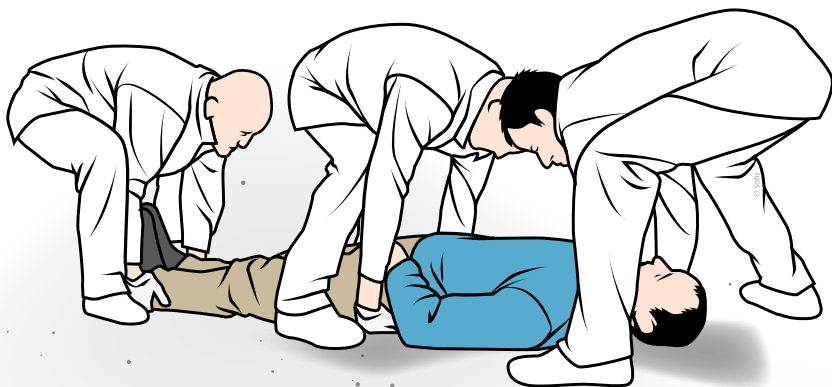
Cas particulier : traumatisme tête / nuque / rachis

- ▶ Ne pas mobiliser la victime.
- ▶ Immobiliser la tête.

6.6 PRINCIPES DE RELEVAGE ET BRANCARDAGE

Relevage

- ▶ Être en nombre suffisant,
- ▶ Respecter l'axe tête-cou-tronc ou à défaut la position de confort du patient,
- ▶ Toujours sécuriser les manœuvres lors de chevauchement, des appuis stables, des prises de mains qui ne glissent pas...
- ▶ Une seule personne dirige : celle qui maintient la tête.
- ▶ Exprimer des ordres simples compris de tous :
« des pieds à la tête, êtes-vous prêts ?... », « attention pour lever ! lever ! », « envoyez le brancard ! halte au brancard ! posez ! ».
- ▶ Veiller à une bonne hygiène du dos : travailler avec les muscles des cuisses, genoux fléchis.
- ▶ Assurer une bonne synchronisation des mouvements.



Brancardage

- ▶ Respect de la position du patient (allongé, demi-assis, jambes surélevées... en fonction des indications).
- ▶ En cas de suspicion de lésion rachidienne, poursuivre le maintien tête même en présence du collier cervical.
- ▶ Le patient est sanglé au brancard pour éviter tout risque de chute.
- ▶ La manœuvre est réalisée en douceur pour ne pas aggraver l'état du patient.
- ▶ Une seule personne dirige, elle se positionne de façon à surveiller la victime.
- ▶ Le brancard reste toujours horizontal.

6.7 FAIRE FACE À UNE BRÛLURE

La brûlure (lésion de la peau, des voies aériennes ou digestives) est une pathologie complexe qui implique de tenir compte des processus de cicatrisation immédiats et différés, sans oublier de se protéger.

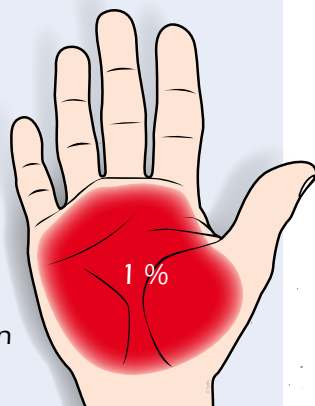
Quels sont les **risques** ?

- ▶ Selon l'étendue, la profondeur, la localisation
- ▶ Risque immédiat de défaillance circulatoire ou respiratoire, risque d'hypothermie
- ▶ Douleur
- ▶ À distance, risque infectieux, séquelles fonctionnelles ou esthétiques

Gravité

Après avoir examiné les trois fonctions vitales pour décrire le niveau de détresse, il faut se concentrer sur la lésion :

- 1 La **profondeur** (plus la brûlure est profonde, moins la douleur est intense)
 - ▶ 1^{er} degré : rougeur, érythème sans bulle
 - ▶ 2^{ème} degré : bulle ou phlyctène
 - ▶ 3^{ème} degré : tous les stades entre la destruction de l'intégralité de l'épiderme et la carbonisation
- 2 La **surface** : concerne uniquement les 2^e et 3^e degrés (paume de main du patient sans doigts = 1 % de surface)
- 3 La **gravité générale** en fonction de la localisation (visage, cou, muqueuse ORL : risque d'étouffement)
- 4 La **gravité fonctionnelle** en fonction de la localisation (articulations, périnée, œil...)



L'interrogatoire et l'évaluation des fonctions vitales est primordial pour préciser la gravité générale.

Sans tarder, il faut en identifier l'origine :

- ▶ **Thermique** (incendie : se protéger des fumées, penser aux extractions d'urgence)
- ▶ **Chimique** (le brossage des poudres ou le lavage de l'agent à l'eau est primordial, il nécessite rigueur et méthode pour ne pas vaporiser le produit avec une eau trop chaude ou ne pas contaminer une zone de peau saine avec l'eau souillée)
- ▶ **Électrique** (le risque de sur-accident est majeur et conduit le soignant à couper le courant avant d'aborder la victime)

Prise en charge des brûlures thermiques (sans oublier de se protéger...)

- ▶ Tout d'abord, empêcher la victime de fuir, l'obliger à se rouler au sol ou la couvrir pour éteindre les flammes.
- ▶ Lui demander de se dévêtir sans arracher ce qui colle (découper).
- ▶ Sans délai, irriguer la zone atteinte en faisant couler de l'eau (« cooling ») en amont, sur des brûlures de petite surface uniquement, sous peine de provoquer une hypothermie délétère, à but antalgique et de détersion.
- ▶ Évaluer la gravité (cf. ci-dessus).
- ▶ Recouvrir de compresses sèches ou d'un linge propre en attendant l'avis médical.
- ▶ Alerter.

Brûlures chimiques : projection sur la peau ou les vêtements

- ▶ Demander à la victime de se rincer immédiatement et abondamment à l'eau courante tempérée (au moins 10 minutes, idéalement 20 minutes).
- ▶ Ôter immédiatement les chaussures puis les vêtements imbibés en se protégeant.
- ▶ Faire alerter ou alerter en précisant le nom des produits chimiques en cause.
- ▶ Surveiller l'état de la victime.
- ▶ Se laver les mains après avoir réalisé les gestes de secours.

Brûlures chimiques : projection de liquide chimique dans l'œil

- ▶ Se protéger les mains, si possible avec des gants.
- ▶ Rincer l'œil abondamment à l'eau, le plus tôt possible (au moins 10 minutes, idéalement 20 minutes).
- ▶ S'assurer que l'eau de lavage ne coule pas sur l'œil sain.
- ▶ Faire alerter ou alerter en précisant le nom des produits chimiques en cause.
- ▶ Surveiller l'état de la victime.

Brûlures internes par ingestion ou inhalation

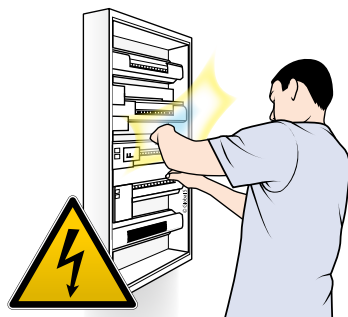
- ▶ Placer la victime en position assise pour faciliter sa respiration.
- ▶ Demander un avis médical.
- ▶ Conserver les informations sur le produit en cause (conditionnement, emballage, fiche de données de sécurité...).
- ▶ Ne jamais faire vomir et/ou ne jamais lui donner à boire.
- ▶ Surveiller l'état de la victime.

En cas d'accident avec un produit, consultez la **fiche de données de sécurité**.



Brûlures électriques

- Supprimer le danger avant de toucher la victime.
- Arroser la zone visiblement brûlée à l'eau courante tempérée.
- Faire alerter ou alerter les secours et appliquer leurs consignes.
- Surveiller la victime.



Que ce soit pour les plaies ou les brûlures, il ne faut pas oublier d'interroger sur le statut vaccinal (tétanos).

NOTE

Le « cooling » (ruissellement d'eau tempérée entre 15 & 25°) doit être réalisé dans les 15 premières minutes qui suivent l'accident ; passé ce délai, il devient inutile voir dangereux (altération des phénomènes vaso-moteurs impliqués dans les processus immédiats de cicatrisation).

Brûlure simple

- Rougeurs de la peau chez l'adulte
- Cloque d'une surface inférieure à la paume de la main de la victime

La **conduite à tenir** est la suivante :

- Refroidir jusqu'à disparition de la douleur.
- Ne pas percer les cloques.
- Protéger les cloques avec pansement stérile.

Prendre un **avis médical** :

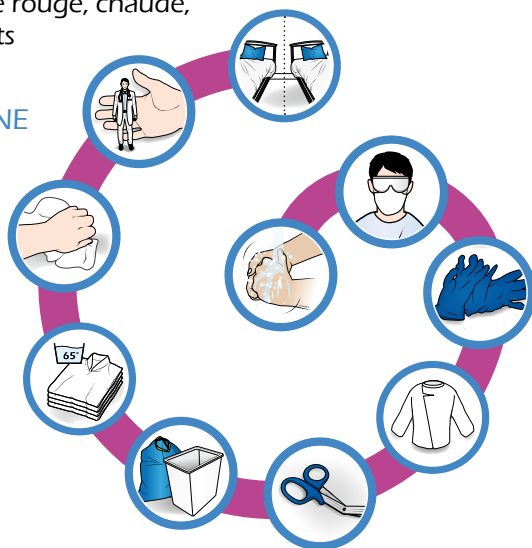
- Pour vérifier l'état vaccinal
- Dans le cas d'un enfant, d'un nourrisson ou d'une personne âgée
- En cas d'apparition de fièvre, d'une zone rouge, chaude, gonflée ou douloureuse les jours suivants

6.8 RÈGLES ÉLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE

En l'absence de risque infectieux particulier, les précautions standard doivent être respectées...

Elles assurent la protection des patients et du personnel.

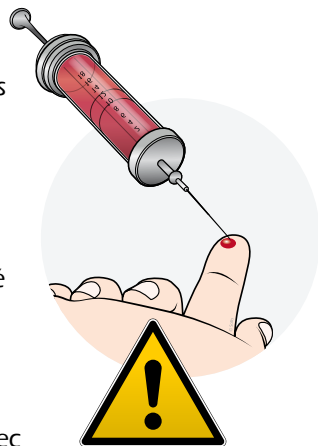
Elles sont appliquées par tous, pour tout patient, dès lors qu'il y a un risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques, pour tout contact avec une peau lésée ou des muqueuses.



Faire face aux accidents d'exposition au sang

Ils doivent être rapidement pris en charge. Cela concerne les piqûres, coupures, muqueuses au contact du sang ou d'un liquide biologique potentiellement contaminant :

- ▶ Arrêt **immédiat** de l'activité en cours !
- ▶ Ne pas faire saigner.
- ▶ Nettoyage au savon doux pendant 5 minutes.
- ▶ Désinfection par trempage dans un antiseptique halogéné (BETADINE® dermique ou DAKIN®) pendant 5 minutes.
- ▶ Sauf s'il s'agit d'une projection oculaire : rinçage abondant avec du sérum physiologique pendant 15 minutes.
- ▶ Prise en charge médicale : sérologies du patient source avec son accord ainsi que celles de la victime (VIH, VHB, VHC).
- ▶ Traitement prophylactique si indiqué.
- ▶ Cadre administratif : déclaration de l'accident du travail.



Faire face à un risque infectieux

Ici, tout dépend du type de risque.

Les précautions standard sont toujours appliquées mais en fonction du germe suspecté, y seront rajoutées des précautions complémentaires d'hygiène : type contact, gouttelettes ou air.

Elles sont mises en place puis levées sur prescription médicale.



6.9 PASSER UN BILAN DANS LE RESPECT DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES

Les principes décrits au chapitre « Contenu du message d'alerte » restent, ici, valables.

Définition

La déontologie est l'ensemble des règles et devoirs qui régissent les rapports entre professionnels de santé.

Principes

Ne jamais oublier que l'appelant est demandeur, en conséquence, quelque soit l'urgence de la situation, rester poli et correct.

Attention au secret médical, s'il n'est pas possible de s'isoler pour alerter : il ne faut alors pas donner de nom.

Le message est passé dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (titre 1er, article 2 du code de déontologie médicale).

7. L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ

7.1 L'ACCOUCHEMENT

Définition

Ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui aboutissent à l'expulsion du fœtus et du placenta au terme de la grossesse. On parle d'accouchement inopiné parce qu'il arrive à un moment imprévu ou dans un lieu inattendu.

Il se déroule en **trois phases** :

▶ Le travail

▶ L'expulsion

▶ La délivrance

Critères d'une expulsion imminente

- ▶ Envie de pousser
- ▶ Ou tête visible
- ▶ La poche des eaux n'est pas toujours rompue.

Questions à poser

- ▶ S'agit-il d'un premier accouchement ?
- ▶ Comment se sont déroulés les accouchements précédents ?
- ▶ Quelle est la date prévue pour l'accouchement ?
Un accouchement qui a lieu avant 37 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire 3 semaines avant le terme prévu, est prématuré.
- ▶ Comment s'est déroulée la grossesse actuelle ? Y a-t-il eu des hospitalisations ? Y a-t-il eu des traitements ?
- ▶ Le bébé a-t-il la tête en bas ?
- ▶ Depuis quand ont lieu les contractions utérines ? Fréquence ? Durée ? Intensité ?
- ▶ À quelle heure se produit la perte des eaux ? Quelle était la couleur du liquide ?

Le bilan à transmettre au SAMU

« Elle saigne ou ne saigne pas. Elle a rompu la poche des eaux et le liquide est de telle couleur ou n'a pas rompu la poche des eaux. A priori, le bébé se présente par la tête ou en siège. Elle doit accoucher dans telle maternité. »

7.2 L'EXPULSION

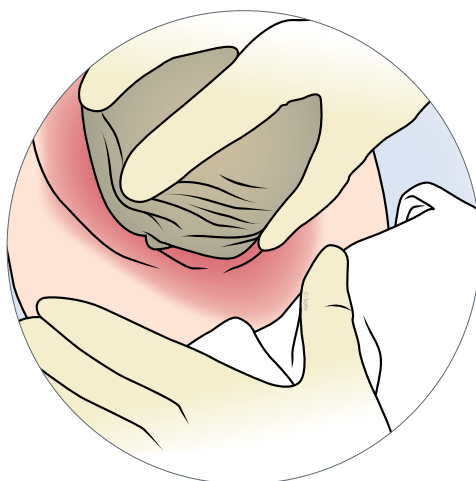
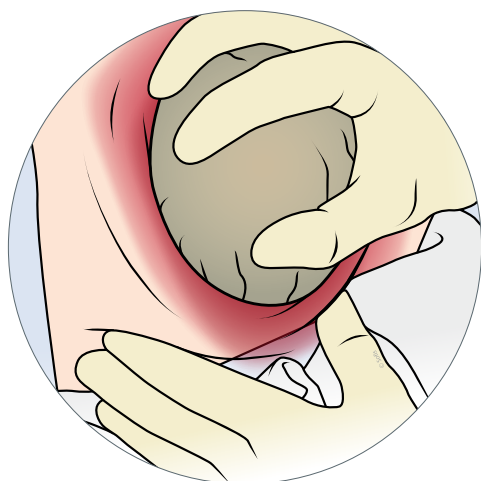
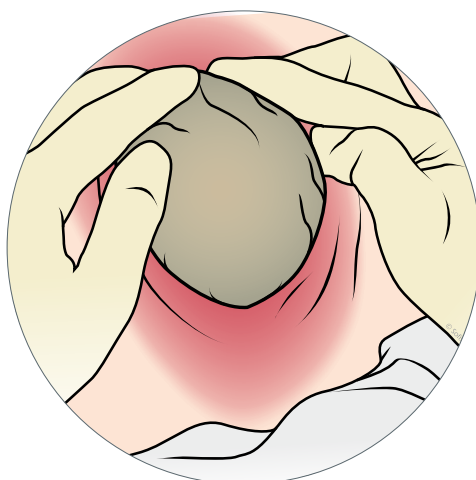
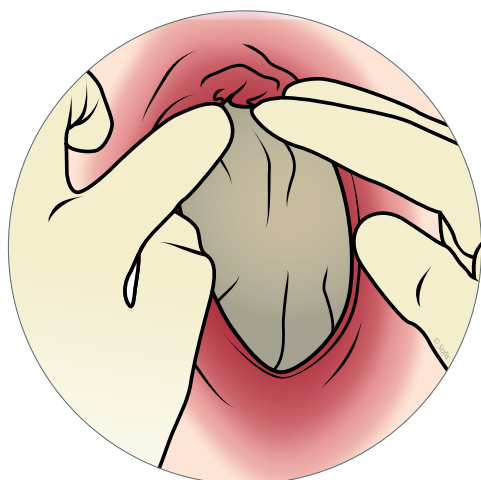
- ▶ Laisser faire l'accouchement et la synergie fœto-maternelle.
- ▶ Inviter la parturiente à ne pousser que lorsqu'elle ressent les contractions.
- ▶ On ne touche pas et on ne tire pas le bébé.
- ▶ On est juste là pour accueillir.
- ▶ Éviter la chute de l'enfant.
- ▶ **Se protéger** des liquides biologiques potentiellement contaminants.

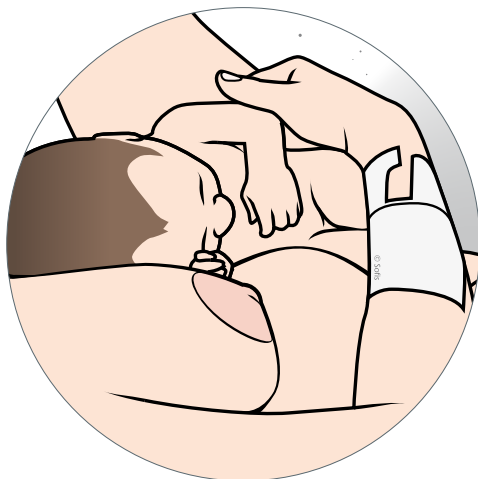
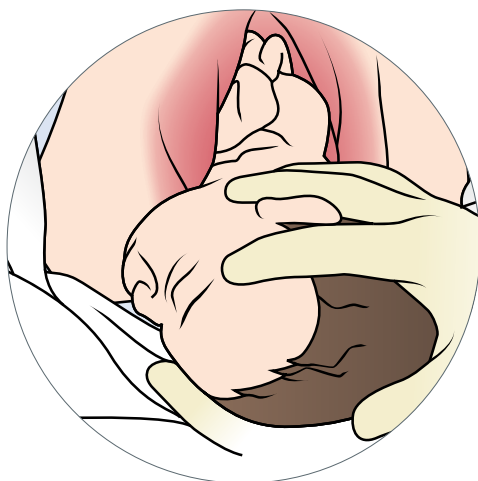
Les efforts expulsifs :

- ▶ Attendre l'envie de pousser.
- ▶ Rythmer les efforts expulsifs sur les contractions.
- ▶ La femme pousse après une inspiration ample, en bloquant sa respiration pendant 10'' environ, tout en tirant sur ses cuisses tenues à pleines mains.

En position céphalique, l'expulsion se fait en trois étapes :

- 1 La tête
- 2 Les épaules (l'épaule supérieure en premier)
- 3 Le tronc et les jambes





Soins au nouveau-né

- ▶ Favoriser le peau à peau sur le ventre de la mère, en décubitus latéral.
- ▶ Envelopper le nouveau-né dans un linge propre et sec.
- ▶ Ne pas retirer le vernix qui protège contre l'hypothermie (sécher sans frotter).
- ▶ Couvrir la tête pour limiter la perte de chaleur.
- ▶ Penser à noter l'heure de naissance...
- ▶ Mettre 2 clamps.
- ▶ Ne pas couper le cordon.

S'assurer que l'enfant va bien. Un bébé qui va bien rosit, est tonique et crie ! Si le bébé est hypotonique, le stimuler en le séchant et faire un bilan rapide et le transmettre au SAMU tout en prévenant l'hypothermie qui est délétère pour le nouveau-né.

Un nouveau-né hypotonique malgré les stimuli (frotter les talons) est considéré **inconscient**. En l'absence de respiration, pratiquer 5 insufflations douces. En cas d'échec débiter une RCP.

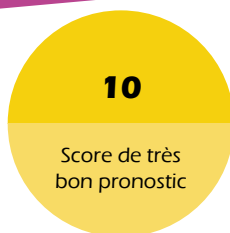
Le score d'APGAR

Ce score permet d'évaluer l'état du nouveau né.

En fonction de ce score, des moyens médicaux différents seront mis en œuvre.

Cotation (ou test) d'APGAR	0	1	2
Coloration de la peau (A)	Cyanose ou pâleur	Corps rose et extrémités cyanosées	Corps complètement rose
Fréquence cardiaque (P)	Inférieure à 80 par minute	Entre 80 et 100 par minute	Au-dessus de 100 par minute
Réactivité (G)	Pas de réponse	Grimaces	Pleurs ou cris
Tonus musculaire (A)	Faible	Flexion d'un ou de deux membres	Membres bien fléchis
Mouvements respiratoires (R)	Absents	Cri faible et respiration irrégulière	Cri vigoureux et respiration régulière

Cote de **0 à 10**



Le bilan à transmettre au SAMU

Dans tous les cas, passer un bilan complémentaire au SAMU pour le tenir informé de la situation :

« Je suis en présence d'une femme de X ans, qui a accouché à tel terme ce jour à telle heure d'un(e) petit(e) garçon/fille prénommé(e), le bébé est rose, tonique et crie ou violacé, hypotonique/ atone et ne crie pas...

La maman a ou n'a pas délivré.

Elle saigne ou ne saigne pas. »

7.3 LA DÉLIVRANCE

Il s'agit de l'expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales. Elle survient généralement dans les 45' qui suivent la naissance. L'hémorragie est la principale complication de cette période.

Il ne faut jamais tirer sur le cordon.

S'assurer de l'intégrité du placenta et le garder.

Le placenta se décolle sous l'effet des contractions utérines pour finir par être expulsé. Une surveillance étroite et rigoureuse est obligatoire.

Face à une hémorragie de la délivrance

- ▶ Surélever les jambes.
- ▶ Bilan au SAMU
- ▶ Masser fermement l'abdomen au niveau du nombril de la femme, en continu, jusqu'à l'arrivée de l'équipe pré-hospitalière.

Cas **rares**

Présentation par le siège rare

Ne rien faire.

Procidence du cordon

Bloquer la tête jusque l'arrivée des secours (risque vital).

Circulaire du cordon non réductible

Bloquer la tête jusque l'arrivée des secours (risque vital).

En conclusion

- ▶ Ne jamais débuter un accouchement sans un appel aux secours.
- ▶ Ne faire que ce que l'on sait faire.
- ▶ La majeure partie des accouchements se passent bien !

7.4 RÉANIMATION NÉONAT

La réanimation du nouveau-né reste axée sur la ventilation : ABC, avec un algorithme simplifié où le principal indicateur d'efficacité est le rythme cardiaque.

OBJECTIF SPO2 APRÈS LA NAISSANCE	
1 mn	60 à 65%
2 mn	65 à 70 %
3 mn	70 à 75%
4 mn	75 à 80%
5 mn	80 à 85%
10 mn	85 à 95%

Procédure de vérification bonne libération des VAS chez l'enfant

M	Masque bien ajusté
R	Repositionner la tête en position neutre
S	aSpiration (bouche puis nez)
O	Ouverture correcte de la bouche avec sub-luxation de la mâchoire
P	Pression d'insufflation progressivement croissante (max de 40 mm d'eau max)
A	Airway (alternative à leur prise en charge : IOT ou LMA (masque laryngé))

Indication de l'aspiration orotrachéale (bouche puis nez) :

- Obstruction des VAS
- Nécessité de ventiler le nouveau né en Pression Positive au BAVU

CONSTANTES DE L'ENFANT					
Âge	1 à 6 mois	1 à 2 ans	2 à 4 ans	4 à 10 ans	10 à 14 ans
FC	130 (+/- 45)	110 (+/- 40)	105 (+/-35)	95 (+/-35)	85 (+/- 30)
FR	30 (+/- 15)	25 (+/- 10)	25 (+/- 10)	25 (+/- 10)	20 (+/- 5)
PAS	85 (+/- 30)	100 (+/- 25)	100 (+/- 20)	110 (+/-15)	115 (+/- 20)
PAD	45 (+/- 30)	65 (+/- 25)	65 (+/- 20)	60 (+/- 10)	60 (+/- 10)

Âge	J1	1 mois	2 ans	10 ans
Polypnée	> 180	110 (+/- 40)	105 (+/-35)	95 (+/-35)
Tachycardie	> 60	25 (+/- 10)	25 (+/- 10)	25 (+/- 10)
TAS	< 50	100 (+/- 25)	100 (+/- 20)	110 (+/-15)
PAS	< 30	65 (+/- 25)	65 (+/- 20)	60 (+/- 10)

Équipe de réanimation pédiatrique expérimentée
Matériel vérifié

Naissance

Évaluation continue du Nouveau-Né

Terme ?
Bien coloré ?
Respiration correcte ou crie ?

OUI

Laisser l'enfant avec
la maman

NON

Stimuler l'enfant sur une table chauffante

Normothermie
Libérer les VAS
Aspiration si obstruction ou nécessité de
ventilation à Pression Positive au BAVU
Séchage

Évaluation de l'enfant

Normothermie
Libérer les VAS
Aspiration non systématique
Séchage

Apnée ou gasp FR < 100

NON

Difficultés respiratoire ou
persistance de la cyanose

OUI

OUI

Ventilation au BAVU à 40/60 par mn
(Fi O₂ : 21% à terme / 21 à 30% si terme < 35 SA)
pour une saturation cible
Monitorer la SpO₂ et la FC

Libérer les VAS
Aspiration
Monitorer la
SpO₂ et la FC
CPAP

FC < 100

NON

Transfert en Réanimation

Vérifier les mouvements respiratoires avec une ventilation adéquate
IOT ou masque laryngé

FC < 60

OUI

Intubation avec sonde sans ballonnet ou ventilation 100% FiO₂ 100% au BAVU
Compression thoracique à 120/mn avec les pouces d'1/3 du thorax au rythme de 3/1
Monitorer la FC

Réévaluation toutes les minutes

FC < 60

Adrénaline

(diluer 1cc dans 100 cc de Sérum Physiologique / injection du nombre de cc au nombre de poids)
Rechercher une hypovolémie ou une Pneumothorax

8. LES RISQUES COLLECTIFS

8.1 LE SIGNAL D'ALERTE DES POPULATIONS

Définition

Si l'urgence est une situation imprévue et brutale dans son apparition et sa gravité, la catastrophe, elle, se définit comme un événement urgent, pour lequel les moyens d'intervention sont dépassés par les besoins d'assistance. Lorsqu'il existe une probabilité pour que la population soit confrontée à un sinistre d'une grande ampleur qui dépasse les secours disponibles, on parle de risque collectif.

Face à une telle éventualité, la population est alertée par une sirène.

SIGNAL NATIONAL D'ALERTE

Celui-ci est composé de trois cycles durant chacun 1 minute et 41 secondes. Chaque cycle est interrompu par 5 secondes de silence.



Il faut alors trouver un abri (maison, local...), calfeutrer portes, fenêtres, couper climatiseur et V.M.C., chercher une source d'information (radio France, radio bleu sur le plan local), suivre les consignes diffusées par les médias, éviter d'encombrer le réseau téléphonique.

Dans tous les cas, ne pas téléphoner sauf en cas d'urgence vitale, ne pas fumer et éviter toute flamme.

Assurez-vous que l'entourage a reçu et exécuté ces consignes.

NOTE

ATTENTION ! Ne pas s'exposer en tentant de chercher les enfants à l'école, ils y seront tenus en sécurité, les enseignants y appliquent les mêmes consignes !



En cas d'évacuation, emportez votre kit d'urgence préparé à l'avance :

www.gouvernement.fr/risques/se-preparer-a-une-situation-durgence



À la fin de l'alerte, un signal sonore continu de 30 secondes indique la fin du danger.

8.2 LES PLANS DE SECOURS




Le Plan Vigipirate

C'est l'outil central du dispositif français contre le terrorisme dont les objectifs sont :

- ▶ Développer une culture de la vigilance et de la sécurité dans l'ensemble de la société afin de prévenir ou déceler, le plus en amont possible, toute menace d'action terroriste.
- ▶ Assurer en permanence une protection adaptée des citoyens, du territoire et des intérêts de la France contre la menace terroriste.

La posture Vigipirate « Hiver-Printemps 2025 » est active à compter du 15 janvier 2025. Réévaluée le 13 juin 2025 en raison de la nouvelle dégradation sécuritaire au Proche et Moyen-Orient, elle maintient l'ensemble du territoire au niveau « urgence attentat ».

3 niveaux adaptés à la menace :

1	Vigilance	Correspond à la posture permanente de sécurité et à la mise en œuvre de 100 mesures toujours actives.	
2	Sécurité renforcée Risque d'attentat	Adapte la réponse de l'État à une menace terroriste élevée, voire très élevée, avec des mesures particulières additionnelles pouvant compléter les mesures permanentes de sécurité.	
3	Urgence attentat	Mis en place pour une durée limitée (le temps de la gestion de crise), à la suite immédiate d'un attentat ou si un groupe terroriste identifié et non localisé entre en action.	

En cas d'attaque terroriste, avant l'arrivée des forces de l'ordre, ces comportements peuvent vous sauver :

- ▶ S'échapper.
- ▶ Si c'est impossible, se cacher.
- ▶ Alerter et obéir aux forces de l'ordre (17, 112 ou 114).

www.info.gouv.fr/risques/reagir-en-cas-dattaque-terroriste



VIGILANCE

- Témoin d'une situation ou d'un **comportement suspect**, vous devez contacter les forces de l'ordre (17 ou 112)
 - Quand vous entrez dans un lieu, repérez les **sorties de secours**
- Ne diffusez aucune information sur l'intervention des forces de l'ordre
- Ne diffusez pas de rumeurs ou d'**informations non vérifiées** sur Internet et les réseaux sociaux
- Sur les réseaux sociaux, **suivez les comptes @Place_Beauvau et @gouvernementfr**



Pour en savoir plus : www.encasdataque.gouv.fr



17



15



18

Rôles et missions du 17

- › Sécurité publique
- › Atteinte aux biens & aux personnes

Rôles et missions du 15

- › Service d'aide médicale urgente : centre de réception et de régulation des appels (CRR) médicaux
- › Sous la tutelle du ministère de la santé
- › Secours médicaux

Rôles et missions du 18

- › Secours sur sinistres
- › Secours à personnes : accidents de la voie publique
- › Milieux hostiles
- › Domicile : « prompt secours »

En cas de situations sanitaires exceptionnelles, l'objectif est d'assurer la continuité et la qualité des soins et optimiser la prise en charge lors d'événements graves impliquant une inadéquation entre offre de soins et nombre d'admissions.

Différents risques sanitaires avec différentes cinétiques :

- › Afflux de blessés somatiques et psychiques (accident route, ferroviaire, aérien, attentat, incendie, émeute...) : **cinétique rapide**
- › Afflux de malades (épidémie saisonnière, événements climatiques...) : **cinétique lente**
- › Prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (Coronavirus, fièvre hémorragique virale...) : **cinétique lente**
- › Patient atteint par agent NRC

Qu'est-ce qu'une catastrophe ?

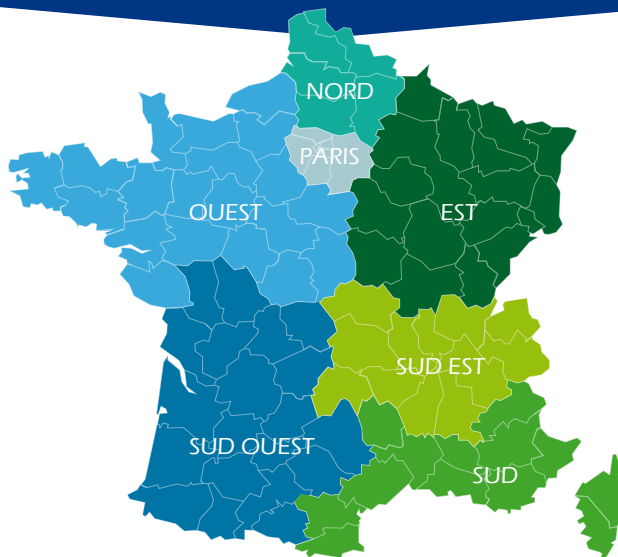
Outre la notion de temps (brutalité, durée), de lieu du phénomène ou sinistre, de population touchée, ce qui caractérise le mieux la notion de catastrophe...

C'est lorsque les moyens sont dépassés par les besoins (en soins, secours...).

La réponse aux risques collectifs est une réponse civile.

Organisation de la défense civile

Le territoire est découpé en **zones** de défense.



Les **zones de défense** :

- ▶ 7 zones de défense en métropole
- ▶ 5 zones ultra-marines
- ▶ Niveau de défense supérieur au niveau départemental et régional
- ▶ 1 préfet, 1 ARS et 1 SAMU par zone
- ▶ Pour la santé, un établissement de santé de référence par zone (ESR) : APHP en IDF
- ▶ Spécificité de l'Ile de France : la Région = la Zone

Les **établissement de santé de référence** :

- ▶ Expertise et assistance technique
- ▶ Dispose de services référents : Maladies infectieuses, laboratoires de haut niveau, centre antipoison, médecine nucléaire.
- ▶ Référent dans la formation des personnels.
- ▶ Mise à disposition et maintenance de matériels, tenues NRBC, équipements pour pose de diagnostics, stocks de médicaments et antidotes...

Niveau **national** :

- ▶ Pilotage par le 1^{er} ministre en lien avec le Président de la République et appui du Secrétariat Général de la défense et de la sécurité nationale
- ▶ Le 1^{er} ministre peut activer une cellule de crise interministérielle
- ▶ Cellule interministérielle d'aide aux victimes sous l'autorité du 1^{er} ministre
- ▶ Sous-direction de la veille et sécurité sanitaire (VSS) de la DGS : pilotage opérationnel de la réponse aux SSE

Défense civile : le Plan ORSEC

Initialement ORganisation des SECours (date de 1952), il est réévalué en 2004-2005 (loi de modernisation de la Sécurité Civile 13/08/04, décret relatif au plan ORSEC 13/09/05) et devient Organisation de la Réponse de la SEcurité Civile.

But

L'organisation générale des secours

3 éléments **novateurs** :

- › Le recensement et l'analyse préalable des risques
- › Un dispositif opérationnel (organisation unique de gestion complétée de dispositions spécifiques)
- › Des personnels formés : entraînement, exercice...

3 niveaux **territoriaux** :

- › Département
- › Zonal
- › Maritime

Dispositions générales :

- › Annuaire des intervenants publics & privés
- › Chaîne de commandement
- › Organisation veille/alerte
- › Cellule de communication, information & alerte des populations
- › Modes d'action définis (protection personnes, biens, environnement, réseaux et approvisionnement d'urgence : eau, électricité, transports, télécommunication...)...

Dispositions spécifiques :

- › Risques technologiques fixes & non fixes
- › Pollutions
- › Risques ferroviaires, autoroutiers, aéronautiques, fluviaux...
- › Risques naturels
- › Risques sur sites particuliers
- › Risques sanitaires...
- › Dispositif de gestion des situations d'urgence exceptionnelles liées au terrorisme : « vigipirate » classé confidentiel défense...

DOS - Directeur des Opérations de Secours (Maire ou préfet)

COPG

Commandant des
opérations de police
et gendarmerie

Forces publiques

COS

Commandant des
Opérations de Secours

Sapeurs
Pompiers

DSM Directeur des
secours médicaux
(PC DSM : Régulation
médicale SAMU -
Gestion moyens SP)

Chaîne médicale
des secours

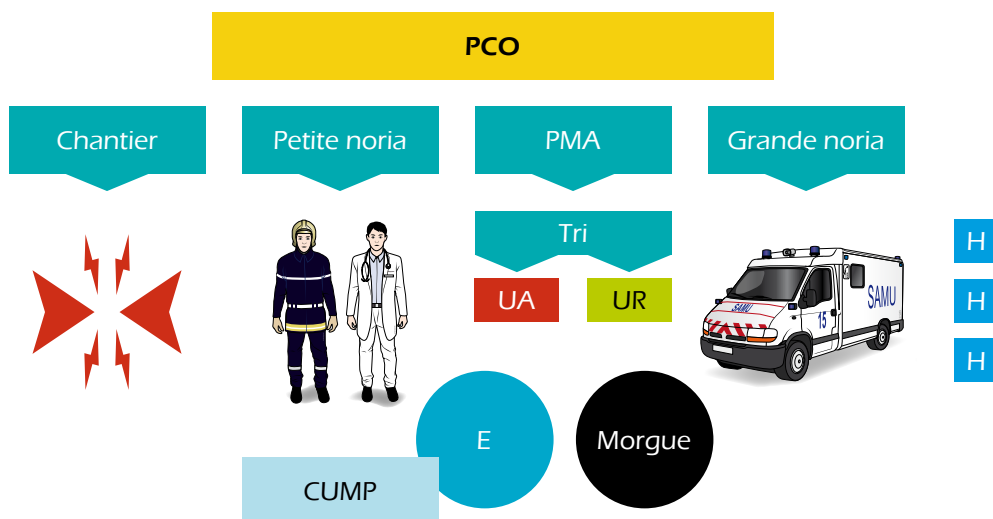
Le **dispositif ORSEC** suit un schéma préétabli. Il fait face à un évènement brutal entraînant ou pouvant entraîner de nombreuses victimes.

Trois critères d'efficacité :

- ▶ Rapidité d'intervention
- ▶ Capacité d'adaptation aux circonstances rencontrées
- ▶ Coordination des différents services de secours

Il peut être déclenché dès l'appel si notion d'un grand nombre de victimes ou secondairement, par la première équipe de secours après une première évaluation sur place.

Objectifs : porter secours à toutes les victimes dans une zone tampon sécurisée pour éviter de déplacer la catastrophe vers l'hôpital le plus proche en le submergeant par l'arrivée inopinée de blessés en tous genres et permettre d'orienter au mieux chaque impliqué vers le plateau technique le plus adapté...



Intervenants :

- ▶ Un responsable sur le plan juridique : le Directeur des Opérations de Secours, le préfet
- ▶ En rapport avec le Commandant des Opérations de Secours (le chef de corps départemental des SDIS) et le Directeur des Secours Médicaux (médecin du SAMU ou du SDIS)
- ▶ Un responsable des forces de l'ordre et de l'ARS
- ▶ Une cellule de transmission et communication

NOTE

Le dispositif **ORSEC** est extra hospitalier.
Le dispositif **ORSAN** est destiné aux établissements.

5 volets du schéma ORSAN

ORSAN AMAVI	Accueil massif de blessés lors d'un évènement grave
ORSAN EPI CLIM	Prise en charge de tension dans l'offre de soins lors d'évènements climatiques ou liés à des épidémies saisonnières
ORSAN BIO	Prise en charge de patients dans le cadre de risques épidémiques et biologiques connus ou émergents
ORSAN NRC	Prise en charge de patient dans le cadre d'évènement avec un risque Nucléaire, Radiologique, Chimique
ORSAN Médico-psy	Prise en charge psychologique de patients victimes d'un évènement grave (ex : accident train)

L'ARS est placée sous l'autorité des préfets départementaux et/ou zonaux. En lien avec le SAMU, l'ARS coordonne l'action de santé au sein de sa région ou de la zone de défense. Le SAMU agit pour l'ARS en mettant en œuvre le volet santé de ORSEC, NRBC et plan blanc élargi sous l'autorité du préfet de département ou de zone.

Les établissements de soins :

Pour chaque volet est établit une hiérarchisation à
2 niveaux :

Établissements de 1^{ère} ligne : SAU et plateau technique chirurgical H24 dont établissement « experts » avec plateau technique hautement spécialisé.

Établissement de 2^{ème} ligne : plateau technique médico-chir mais pas de SAU

Les établissements de 2^{ème} ligne peuvent recevoir secondairement les patients pour libérer des places dans les établissements de 1^{ère} ligne.

Chaque établissement décline dans son plan de réponse les dispositions mises en place en cas d'activation d'un des volets du plan ORSAN.

Tout établissement de santé doit mettre une organisation en place en réponse à un évènement de ce type qui est structuré de la façon suivante :

- ▶ Montée en puissance graduée à 2 niveaux
- ▶ Cellule de Crise Hospitalière (CCH) pilotée par le Directeur de l'établissement (en moins de 45 minutes)
- ▶ Outils de réponse préparés pour faire face à toute situation (libération lits, moyens humains et matériels, adaptation de l'accueil de patients...)

Les 2 niveaux de réponse :

Niveau 1

Le « plan de mobilisation interne » permet de répondre à une situation de tension ou situations potentiellement critiques sans mettre en difficulté à court terme l'organisation courante de l'établissement (exemple : épidémie, inondations...).

Niveau 2

Le « Plan Blanc » permet la mobilisation au plus juste de toutes les capacités de l'établissement dans une organisation spécifique.

Il doit permettre de garantir la sécurité du personnel et des patients (ex. afflux de patients contaminés).

Le « Plan Blanc » est déclenché par le directeur de l'établissement ou le cas échéant à la demande du directeur de l'ARS.

Le Plan Blanc

Article L. 3110-7 du CSP : « Chaque établissement est doté d'un dispositif de crise nommé plan blanc d'établissement ».

Buts :

- ▶ Faire face à un événement à conséquences sanitaires graves dépassant les capacités immédiates de réponse.
- ▶ En mettant en œuvre une organisation spécifique avec mobilisation exceptionnelle de moyens humains et logistiques.
- ▶ Maintenir la continuité des soins & préserver la sécurité des patients & des personnels.

Des actions spécifiques :

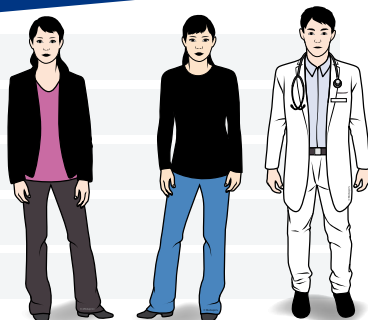
- ▶ Accueil de victimes en nombre
- ▶ Confinement de tout ou partie de l'établissement
- ▶ Fonctionnement en cas de défaillance des réseaux vitaux, (électricité, eau...)
- ▶ Prise en charge de victimes contaminées... les annexes NRBC

Le Plan Blanc est déclenché par le directeur de l'hôpital ou le préfet (Plan Départemental de Mobilisation). Le directeur en réfère au préfet, à l'ARS.

Ce plan est un cadre administratif & juridique qui permet à l'hôpital ou la clinique de continuer à fonctionner en situation de crise. Chacun y joue un rôle déterminé en fonction de ses compétences professionnelles... Il permet le droit de réserve (devoir de non communication) et le droit de retrait...

Outre le directeur ou son remplaçant de garde,
elle se **compose** :

- ▶ D'un coordonnateur médical
- ▶ D'un responsable « personnels »
- ▶ D'un responsable économique & logistique
- ▶ D'un responsable au fonctionnement interne
- ▶ D'un responsable à l'organisation de l'accueil



Rôle de la direction :

- ▶ Responsabilité générale du plan
- ▶ Relations avec autorités
- ▶ Relations avec médias

Rôle du responsable « personnels » :

- ▶ Mobilisation des personnels et rappels
- ▶ Bilan des lits disponibles
- ▶ Répartition des personnels
- ▶ Placement des victimes



Rôle du coordonnateur médical :

- ▶ Coordination SAMU, SAU, centre de tri
- ▶ Mobilisation des personnels, médicaux
- ▶ Recensement des victimes
- ▶ Activation du plateau technique
- ▶ Placement des victimes
- ▶ Conseils médicaux

Rôle du responsable économique & logistique :

- ▶ Installation du centre d'accueil victimes et celui des familles
- ▶ Approvisionnement, équipement, intendance
- ▶ Liaisons informatiques

Fonction « intérieur » :

- ▶ Standard
- ▶ Circulation
- ▶ Surveillance, gardiennage
- ▶ Transports logistique & ambulance interne
- ▶ Chapelle ardente

Fonction « accueil » :

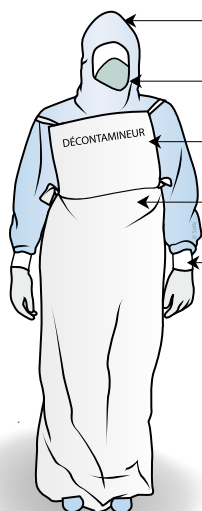
- ▶ Gestion des victimes
- ▶ Accueil des familles
- ▶ Cultes, rites...

Les solutions apportées par chaque établissement sont adaptées à sa taille, à ses missions, à son rôle dans le Plan Départemental de Mobilisation. La durée du plan est variable en fonction des besoins. La levée du plan est prononcée par le directeur. Un bilan sera établi pour clore la procédure.

Il existe des **annexes au Plan Blanc** afin de s'adapter aux situation potentielles :

- ▶ NRBC (= NBCE), y compris épidémies, pandémies
- ▶ Canicule
- ▶ Grand froid
- ▶ Pannes de réseaux
- ▶ Incendie, inondations...

Décontaminateur



Protection vestimentaire générale

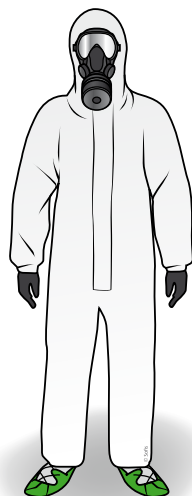
Protection respiratoire suffisante,
non invalidante

Identification

Protection spécifique eaux
(tablier plastifié)

Étanchéité

Tenue **chimique**



Tenue du **soignant** en cas de **soins invasifs**

Habillage
respecter l'ordre suivant :

Sur chaussures

Casaque

Masque

Lunettes

Cagoule

Gants



Déshabillage
respecter l'ordre suivant :

Casaque et 1^{ère} paire de gants

Sur-chaussures

Cagoule

Lunettes

Masque

Seconde paire de gants

Un évènement sanitaire grave peut nécessiter des **moyens humains supplémentaires** tout en assurant la continuité du service public.

- 1 Réorganisation du personnel présent
- 2 Appel à des moyens supplémentaires
- 3 Si moyens de l'hôpital dépassés : GHT ou ARS

Pour limiter le stress, chaque acteur d'un établissement doit connaître l'organisation de celui-ci en cas de crise.

Animée par Santé Publique France (créée en 2016), la réserve sanitaire regroupe un ensemble de professionnels de santé volontaires (3 800 en 2020), mobilisables par l'État rapidement et projetable sur le territoire.

Missions des moyens humains de renfort

- ▶ Renfort de l'offre de soins et médico-sociale (exemple COVID 19, campagne de vaccination à Mayotte...)
- ▶ Missions de rapatriement ou d'évacuation (trouble politique, catastrophe naturelle...)
- ▶ Renfort de plateaux téléphoniques pour répondre aux victimes, leurs proches et la population
- ▶ Renfort et préventions lors de grands évènements de rassemblement
- ▶ Mission d'expertise et de coordination

Son déclenchement se fait par un ministère ou l'ARS.

Moyens matériels

En cas de SSE des lots de matériels sont pré-positionnés dans certains SAMU/SMUR (Lot Poste Sanitaire Mobile) :

Lot PSM niveau 1

PEC immédiate de 25 victimes réanimatoires pendant 4h

Lot PSM niveau 2

Dans certains CHU permettant la PEC de 500 victimes pendant 24h

Lot PSM pédiatrique

Dans les CH siège de SAMU et détenteurs de SMUR permettant l'accueil de 25 victimes réanimatoires < 10 ans pendant 6h (sauf nouveaux nés)

- ▶ Renforce le potentiel d'intervention extra hospitalier.
- ▶ Renforce les moyens pharmaceutiques en cas de plan blanc.

Le Plan Bleu

Ce plan est prévu par tous les établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées (EHPAD, foyer logement, USLD). Il fixe le mode général d'organisation en cas de crise sanitaire.
Sa réactualisation est régulière.

8.3 GRIPPE : ÉPIDÉMIOLOGIE

(anthropo) Zoonose	Maladie animale affectant l'homme
Epidémie	Maladie infectieuse atteignant en même temps et dans un même endroit un grand nombre d'individus
Epizootie	Épidémie atteignant les espèces animales
Pandémie	Épidémie affectant toute l'espèce humaine sans limite de lieu

ÉPIDÉMIOLOGIE	1918 - 1919	H1N1 « espagnole » (≈ 30 millions de décès)
	1957 - 1958	H2N2 « asiatique » (1 million de décès)
	1968-1969	H3N2 « Hong Kong » (0,8 millions de décès)
	1977	H1N1 « russe »
	1997	H5N1 « aviaire » : 18 cas humains, Hong Kong
	1999	H9N2 « aviaire » : 2 cas humains, Hong Kong
	2003	H7N7 « aviaire » : 85 cas humains, Pays-Bas
	2004 - 2009	H5N1 « aviaire » : cas humains isolés, + de 50% de décès, Thaïlande, Vietnam, Indonésie...
	2005 - 2009 2013	Chikungunya
	2013 à 2016 2022	Ebola
	2020	Covid
	2022	Variole du singe

Les pandémies surviennent tous les 10 à 40 ans et peuvent toucher 50% de la population mondiale...

Pandémie : niveaux d'alerte

Phases OMS		Plan France
Période inter pandémique		
Phase 1	Pas de nouveau virus circulant chez l'animal et l'homme	Situation 1
Phase 2	Virus animal occasionnant un risque substantiel chez l'homme	Situation 2A Épidémiologie à l'étranger 2 B Épidémiologie en France
Période d'alerte pré pandémique (pré pandémie)		
Phase 3	Infection humaine sans transmission inter humaine	Situation 3A cas humains isolés à l'étranger 3 B cas humains isolés en France
Phase 4	Transmission interhumaine limitée, localisée, cas groupés	Situation 4A à l'étranger 4B en France
Phase 5	Extension des cas groupés (virus s'adapte à l'homme) reste localisé	Situation 5A à l'étranger 5B en France
Période pandémique		
Phase 6	Transmission accrue et augmentation dans la population	Situation 6
		Situation 7 fin de vague pandémique

Les traitements **préventifs**

- ▶ Mesures d'hygiène
- ▶ Vaccination
- ▶ Vaccin trivalent humain (grippe saisonnière)
- ▶ Vaccins animaliers (peste aviaire)
- ▶ Vaccin pré-pandémique (contre H5N1)
- ▶ Vaccin pandémique (à développer)...

Les traitements **curatifs étiologiques**

- ▶ Les inhibiteurs de protéine M2 (Amantadine, Rimantadine) limitent la multiplication du virus dans la cellule.
- ▶ Les inhibiteurs de neuraminidase empêchent les virus de se libérer de la cellule infectée.

L'efficacité est très limitée et les résistances sont fréquentes !

Le traitement curatif est avant tout symptomatique.

Antipyrétique

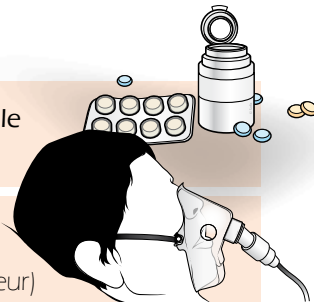
Oxygénothérapie

Contrôle des troubles hémodynamiques (état de choc)

En première intention le paracétamol

Ventilation spontanée (lunettes ou masque) ou assistée (VNI ou respirateur)

Remplissage vasculaire, amines sympathicomimétiques



8.4 LES RISQUES NRBC

Parmi les risques recensés par les centres opérationnels de zone (cellules d'observation et d'analyse), les risques NRBC revêtent une importance particulière :

N	Nucléaire
R	Radioactif
B	Épidémies B actériennes ou virales
C	Expositions C himiques

Les sites SEVESO ont une activité de manipulation, de fabrication, d'emploi ou de stockage de substances dangereuses (raffineries, explosifs...). Ces sites sont répertoriés. Cette liste est consultable en mairie.

2 contextes possibles

- ▶ Contexte terroriste : métro de Tokyo (1995)
- ▶ Contexte accidentel : BHOPAL (1984), Tchernobyl (1986), AZF (2001), Lubrizol (2019)

Principes de **prise en charge** :

- ▶ Éviter la dispersion des victimes.
- ▶ Risque de dissémination de la contamination à d'autres personnes et à l'environnement : contamination en chaîne.
- ▶ La police établit une zone de sécurité.
- ▶ L'alerte précoce de l'hôpital est essentielle.

L'agent contaminant peut être :

- ▶ Un produit chimique (solide, liquide, aérosol)
- ▶ Sous forme de poussières radioactives

Le sujet contact est alors :

Contaminé	Risque pour sa propre santé
Contaminant	Risque pour tout son entourage

La contamination se propage en chaîne d'une personne à l'autre par voie cutanée, digestive ou respiratoire. Le personnel soignant doit se protéger avant la prise en charge des patients.

Pourquoi une contamination du **personnel hospitalier** ?

- ▶ Agent contaminant non identifié
- ▶ Hôpital non prévenu...
- ▶ Personnel non protégé...

Principes généraux

- Cinétique rapide.
- Réunir et isoler toutes les personnes pouvant être contaminées et par conséquent contaminantes : C'est le PRV.
- Contacter le SAMU, les pompiers, l'ARS, l'ETB santé.
- Ne pas s'exposer.
- Ne pas prendre en charge un patient sans protection adaptée.

Risque chimique

- Détecter et découvrir l'agent chimique.
- Décontaminer (vêtements et peau).
- Traiter (symptomatique dans un premier temps et antidote une fois le toxique identifié).
- Utiliser les stocks hospitaliers de traitements et de la zone de défense.

Attention, la toxicité est majorée en milieu confiné.

Quand y penser ?

Devant plusieurs personnes provenant d'un même lieu présentant, en même temps, brutalement les mêmes symptômes :

- Respiratoires
- Et/ou cutanés : prurit, phlyctènes
- Et/ou neurologiques : coma, convulsions
- Et/ou oculaires : larmolement

Le rôle de **l'infirmier(e) d'orientation de l'accueil** est particulièrement important.

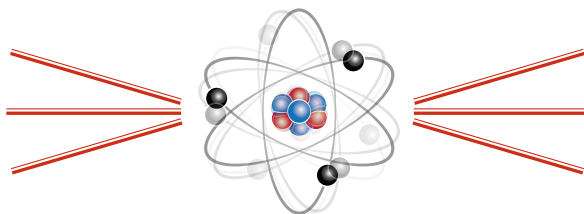
8.5 RISQUES RADIOLOGIQUES ET NUCLÉAIRES (VOLET ORSAN NRC)

la radioactivité

Un corps radioactif émet un rayonnement classé selon ses caractères en rayons : alpha, bêta, gamma, Rx.

Lorsqu'un atome (ou plutôt son noyau) est instable, il va libérer de l'énergie pour stabiliser sa structure... Cette énergie s'appelle rayonnement ionisant ou radioactivité : on parle alors de rayon alpha, beta, gamma, X, neutrons.

- Rayonnement dangereux pour la matière vivante (par transfert d'une partie de son énergie)
- On dit qu'il irradie (ex : lors d'une radiographie).
- Effets du rayonnement variant selon zone irradiée et de la dose reçue.
- Irradiation indolore, incolore et inodore.
- Délai d'apparition des symptômes très variables (quelques heures à plusieurs années)



Irradiation naturelle

Cosmique	0,3 mSv/an
Tellurique	0,4 mSv/an
Radon	1,2 mSv/an
Total	1,9 mSv/an

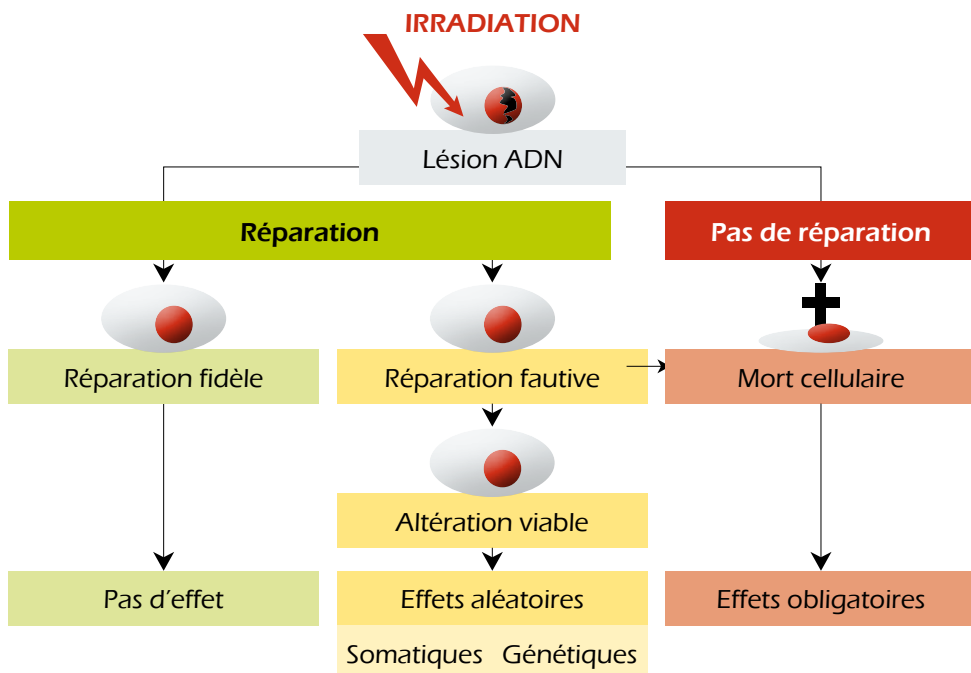


Irradiation artificielle



Radiologie	0,7 mSv/an
Loisirs	0,05 mSv/an
Peintures luminescentes	0,01 mSv/an
Industrie nucléaire	0,001 mSv/an
Total	0,75 mSv/an










3 mSv/an

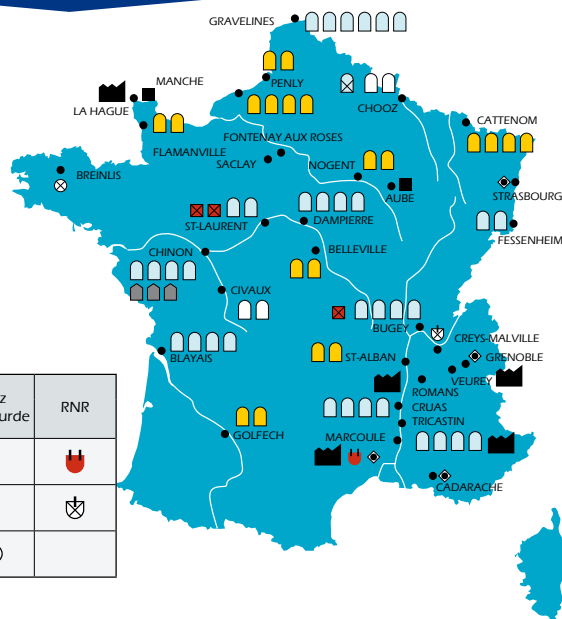
Effets sur l'organisme



Les principaux sites nucléaires

	Usines du cycle du combustible (enrichissement, fabrication, retraitement)
	Stockage de déchets
	Centres d'études et de recherches
	Réacteurs

Réacteurs	REP			Graphite Gaz	Gaz Eau lourde	RNR
	900 MWe	1 300 MWe	1 450 MWe			
En exploitation						
À l'arrêt						
En démantèlement						



L'irradiation

- ▶ Exposition à une source de rayonnements située à distance de l'organisme
- ▶ Syndrome d'Irradiation Globale Aigu (SIGA) : sa gravité augmente avec la dose reçue et le temps d'exposition
- ▶ Brûlures radiologiques
- ▶ Cancer à long terme

La radio contamination

- ▶ Contamination **externe** par dépôt de substances radioactives sur la peau, les cheveux et les vêtements
Risques : brûlures cutanées à moyen terme cancer cutané à plus long terme
- ▶ Contamination **interne** par inhalation et ingestion de particules radioactives

L'irradiation

Aucun risque pour le soignant



La radio contamination

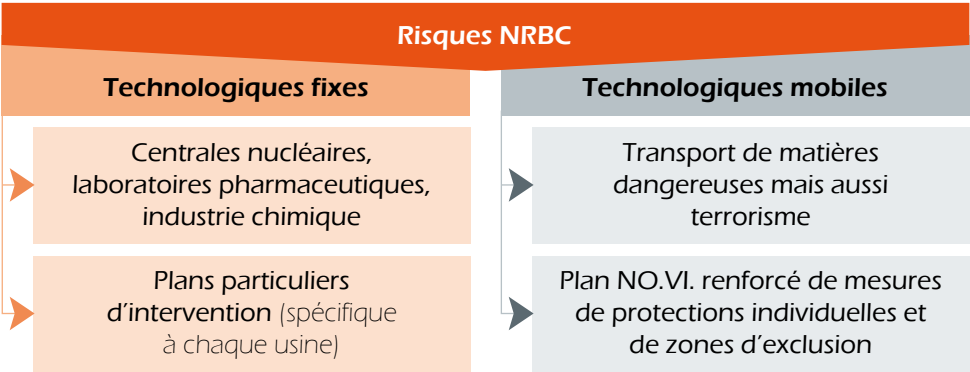
Risque de contamination pour le soignant
(particules radioactives)

Nécessité de décontamination



Signes cliniques : le SIGA

Premières minutes	État de choc	15 Gy
	Signes neurologiques	
	Signes cutanés	
Premières heures	Erythème	4 Gy
	Nausées	
	Vomissements	
	Asthénie	1 Gy

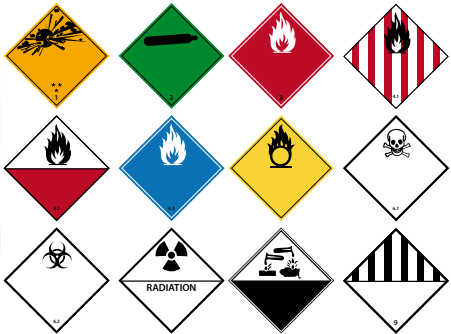
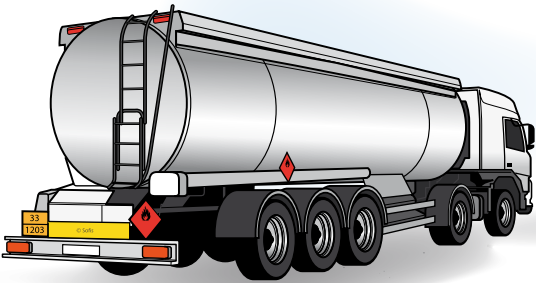


Pour les soignants et secouristes, les points communs entre toutes ces situations sont :

- ▶ La nécessité de se protéger (EPI).
- ▶ L'obligation de décontaminer le patient exposé (NR & C), avant son admission dans une filière de soin.

Au total, face à un accident qui implique un véhicule transportant des matières dangereuses, la priorité est de :

- 1 Respecter un périmètre de sécurité, sans chercher à atteindre les victimes.
- 2 Déclencher les secours, au plus vite, en précisant le danger sous-jacent.



Comment se protéger ?

L'irradiation : source de rayonnements

- › Le Temps
- › La Distance
- › Un Écran

La **radio contamination** : poussières radioactives

- › Une douche de décontamination
- › Des tenues protectrices

Les EPI en cas de risque NRBC

Pour le nucléaire, (l'irradié n'irradie pas), il faut **décontaminer le patient** (déchabillage, découpage des vêtements, douche) **sous couvert d'une tenue (étanche) qui protège des projections liquidiennes et des poussières radioactives** (masque filtrant les particules et lunettes anti-projection).

Matériel de **protection**

Gants à usage unique

Masque

Lunettes anti-projection



Sans oublier **combinaison et cagoule**.

Les infections imposent des mesures d'isolement en fonction du germe en cause (contact, gouttelettes ou air).

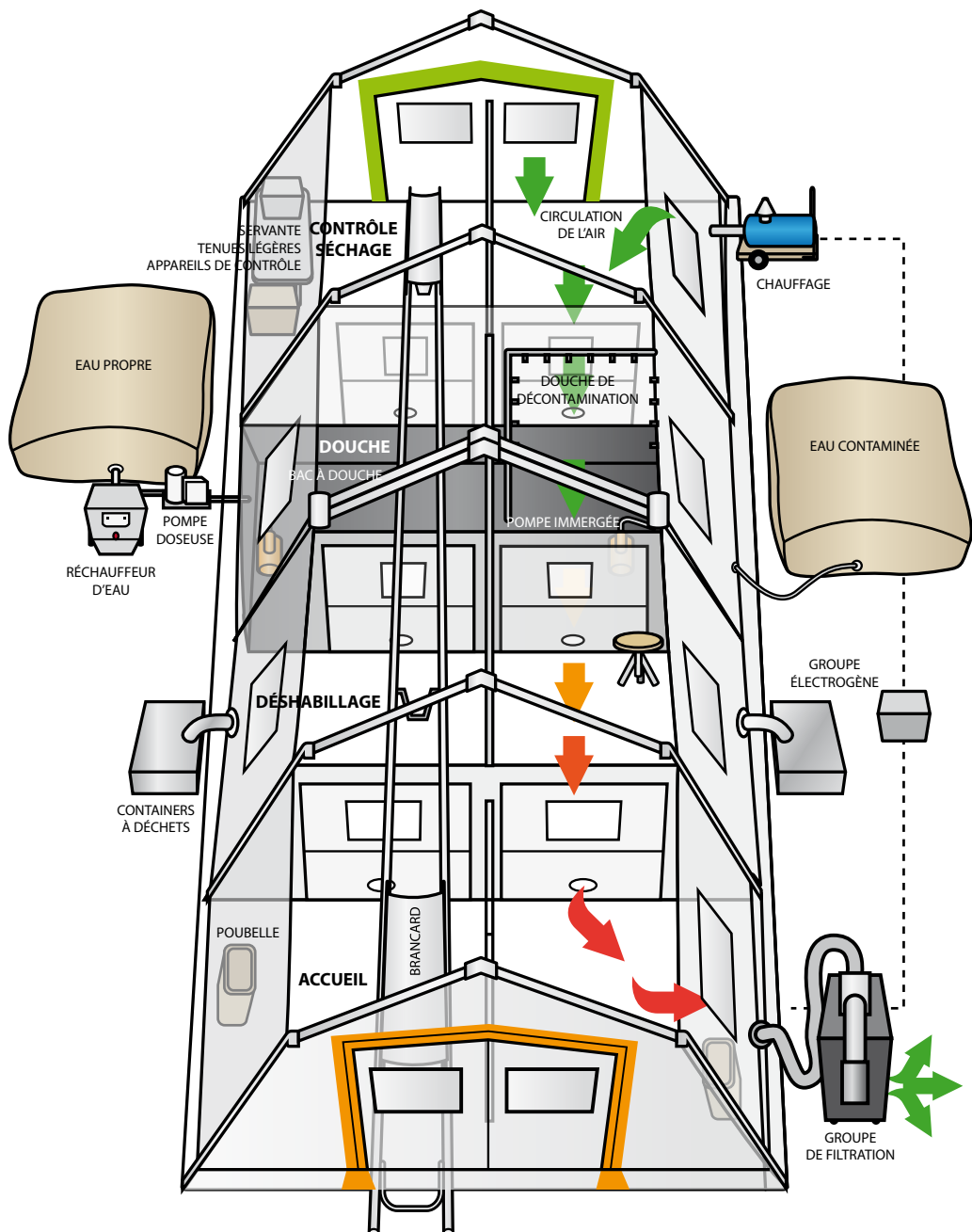
En l'absence d'identification du virus ou de la bactérie, la protection la plus forte est instaurée (AIR).

Le chimique nécessite une combinaison intégrale étanche, avant et pendant la décontamination de la victime (douche), pour empêcher inhalations et projections liquidiennes sur le soignant.

Une **douche à l'eau et au savon élimine 99,99 %** des organismes présents sur la peau après déchabillage.



Unité de décontamination



8.6 RISQUE BIOLOGIQUE (VOLET ORSAN NRC)

Il s'agit du risque le mieux connu par l'hôpital.

Il ne se résume pas aux épidémies : risque de bioterrorisme.

Nombreux agents

- ▶ **Viraux** : variole, fièvres hémorragiques (Ebola), COVID 19...
- ▶ **Bactériens** : charbon (anthrax), brucellose...
- ▶ **Toxines** : botulisme...

Modes de contamination

- ▶ Inhalation (poudre, aérosol)
- ▶ Par ingestion (aliments, boissons, eau courante)
- ▶ Plus rarement par contact avec la peau ou les muqueuses

Il faut envisager une décontamination notamment après exposition à un aérosol :

- ▶ Lavage de mains
- ▶ Déshabillage
- ▶ Douche eau/savon

Protection du personnel soignant

Possible adaptation en fonction de l'agent biologique ou de la charge virale

Prise en charge

- ▶ Selon les protocoles de soins dictés par les services référents en maladies infectieuses
- ▶ Traitements spécifiques (prophylactiques/symptomatiques/curatifs) à l'agent infectieux en cause une fois identifié (antibiothérapie, antiviraux, vaccination)
- ▶ Mesures d'isolement et protection des soignants

Le risque explosif

Le risque explosif engendre un effet de blast, de criblage par des projectiles et des traumatismes directs ou indirects. Il est souvent en lien avec d'autres risques :

- ▶ Bombe sale ou dirty bomb,
- ▶ Explosion avec relâchement de gaz toxique...

Le damage control

Le damage control permet de limiter les dégâts et de diminuer le nombre de décès de 20 à 30 %.

Cette doctrine de soin, empruntée aux militaires, consiste à prodiguer les soins minimum pour assurer la survie du patient sans chercher à s'occuper totalement de ses problèmes. Typiquement, dans le SSE, les victimes meurent d'hémorragie, de pneumothorax et d'obstruction des voies aériennes.

Principe du damage control sur le terrain

- ▶ Tri type secouriste : Respire ? Pouls ? Conscience ?
- ▶ Prise en charge immédiate des UA vers les blocs opératoires

Sur le plan **circulatoire**

- ▶ Arrêt des hémorragies
- ▶ Voie veineuse ou Voie intra-osseuse sur patient en choc ou inconscient
- ▶ Hypotension permissive

Sur le plan **ventilatoire**

- ▶ Oxygénothérapie
- ▶ IOT si Gw < 8
- ▶ Exsufflation des pneumothorax à l'aiguille

Dans tous les cas, il faut éviter la triade létale : coagulopathie / hypothermie / acidose. Donc réchauffer et ne pas trop remplir pour ne pas diluer.

Thérapeutiques : Catécholamines, Antifibrinolytique, Antalgiques.

Principe de DC à l'hôpital

UA au bloc direct :

- ▶ Chirurgie courte d'hémostase, de réalignement et stabilisation des fractures, de lever des compressions.
- ▶ Après passage rapide au bloc, passage en réanimation pour correction des troubles physiologiques (acidose, hypothermie, coagulopathie)
- ▶ Puis bloc secondaire pour traitement définitif des lésions

UR aux Urgences

8.7 L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE (VOLET ORSAN MEDICO PSY)

Une personne traumatisée éprouve de nombreux sentiments :

- ▶ Fin d'impression d'immortalité
- ▶ Expérience de déshumanisation
- ▶ Solitude extrême, abandon
- ▶ Sentiment d'impuissance et de culpabilité

Cet impact psychologique concerne l'équipe soignante et les patients.

La CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique)

- ▶ L'équipe médicale sur place est le 1^{er} maillon CUMP.
- ▶ Le SAMU peut demander conseil au référent CUMP : 2^{ème} échelle CUMP.
- ▶ Un référent CUMP peut se rendre sur le lieu de l'intervention : 3^{ème} échelle CUMP.
- ▶ Plusieurs volontaires peuvent être mis en renfort sur le lieu de l'intervention pour les catastrophes de grandes ampleurs avec afflux massif de victimes.

Modalités d'intervention

Soins immédiats sur le terrain	Prise en charge des états de stress aigus ou dépassés
Soins post immédiats	Individuelle ou en groupe y compris personnel de secours.
Soins à moyen terme	Consultation à distance de l'évènement pour les psycho-traumatismes.
Soins à long terme	Transmission aux CMP de secteur.

9. CONCLUSION

L'urgence absolue oblige le(s) soignant(s) à réaliser le geste qui sauve avant ou en déclenchant les secours. Elle ne tolère pas un différé de prise en charge.

Face à une urgence potentielle, **l'examen des fonctions vitales** du patient, permet :

De déterminer la gravité immédiate.

De hiérarchiser sa prise en charge thérapeutique.

En effet, le traitement initial, souvent symptomatique, porte sur la stabilisation des défaillances vitales. Le traitement étiologique indispensable est proposé au décours des explorations complémentaires.

10. BIBLIOGRAPHIE

Anonymes Guidelines for Resuscitation

(2015. European Resuscitation Council)

Anonymes Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes

(Recommandations professionnelles, HAS, mai 2008)

Anonymes Prise en charge de l'arrêt cardiaque

(Recommandations formalisées d'experts SFAR-SLRF, Septembre 2006)

Anonymes Recommandations pour la prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières

(Conférence d'experts SFAR-SFMU-SRLF-SFC, 2004)

Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

(Journal officiel, 10 mars 2006)

Collectif Stratégies, brûlures cutanées sans gravité d'origine thermique

(Revue PRESCRIRE, février 2011, tome 31, n°328, pages 111-123)

Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application de l'article 14 de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de la modernisation de la sécurité civile (Journal officiel, 15 septembre 2005)

Loi n°2004-811 du 13 août 2004 de la modernisation de la sécurité civile

(Journal officiel, 17 août 2004)

M. ARDON, M. DHERS, M. FOUQUE, M-C. HANNAERT, M. HOUART, L. QUERCY & AL Prise en charge d'un AC intra- hospitalier, recommandations pour le personnel soignant (www.sfar.org)

V. HUBERT, P. BERTRAND, B. BLASAK, S. DEZALAY, I. WIEMERT

Gestes et soins d'urgence niveaux 1 & 2 : l'essentiel

(S éditions & DFI création, 2009)

J. LACROIX, M. GAUTHIER, P. HUBERT, F. LECLERC, P. GAUDREAU

Urgences & soins intensifs pédiatriques

(MASSON, 2^e édition, CHU Sainte Justine, pages 121-142-295-317)

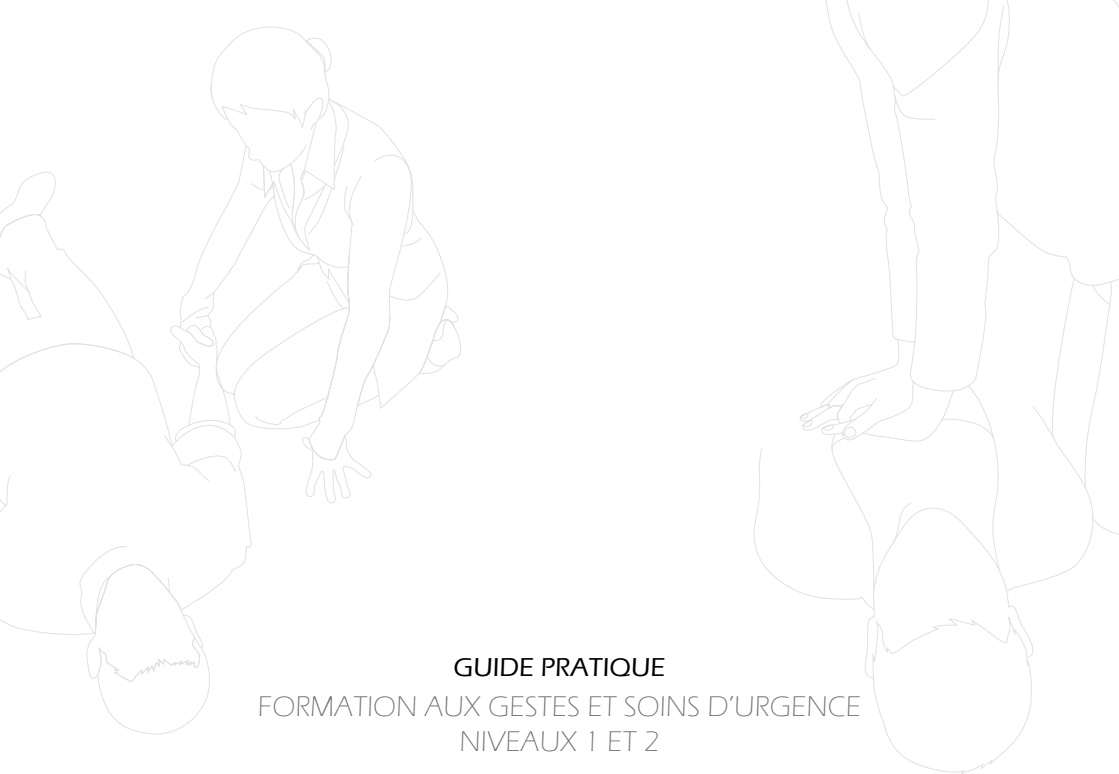
Norman E. Mc SWAIN, Jeffrey P. SALOMONE, Peter T. PONS

PHTLS, secours et soins pré-hospitaliers aux traumatisés

(ELSEVIER, 6^e édition, Issy-les-Moulineaux, 2007, pages 321-342)

11. POUR ALLER PLUS LOIN... SITES INTERNET

	www.asn.fr
	www.cclinouest.com/Pages/Documentation3-2.html
	www.grog.org
	www.invs.sante.fr
	www.irsn.fr
	www.pandemie-grippale.gouv.fr
	www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/accueil.htm
	www.sfar.org/accueil
	www.sfm.org/fr/formation/consensus
	www.who.int/fr



GUIDE PRATIQUE

FORMATION AUX GESTES ET SOINS D'URGENCE NIVEAUX 1 ET 2

Conception, réalisation Mediaprev

Date d'impression Septembre 2025

Imprimé En France

En vertu de l'article L335-2, toute utilisation frauduleuse et tout détenteur frauduleux seront systématiquement poursuivis, qu'ils soient privés, publics ou organismes publics.

L'éditeur ainsi que tous les auteurs ne peuvent être tenus responsables de l'utilisation ou de l'application par les lecteurs des indications mentionnées dans cet ouvrage.

Ce livre est un support qui vient en appui de la formation dispensée par un organisme ou une association habilités.

