

CPTS
Sud Yvelines



La santé est l'affaire de tous !



Journée du 23 novembre 2024
Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)

www.cpts-sudyvelines.fr

www.cptssy.fr



Programme

Matin : individuel

L'ACR : diagnostic et prise en charge

Le choc allergique

L'urgence psychiatrique

Aspects médico-légaux

Pause déjeuner : convivial et susciter les échanges

Après-midi: collectif

Les SSE

Le matériel disponible de la CPTS

Ateliers pratiques : ACR, damage control, immobilisation, atèles, tri, etc

La prise en charge psychologiques des impliqués d'une SSE (**CUMP**)



Véronique FRANCINI
Jessica HARANGER
Barthélémy SCHAAR
Nicole BRUGERE
Jean Louis MARION
Lionnel JEOFFRION
Estelle GALE
Fanta DIALLO KEITA
Marianne DELCOURT

ACR : théorie

Le délai de mise en route des mesures de réanimation et de traitement **détermine le pronostic immédiat ++**

Période de « **no flow** » intervalle de temps sans réanimation pendant lequel le patient est en état de « mort apparente » (absence de débit cardiaque).

Période de « **low flow** » zone de bas débit circulatoire, période comprise entre le début de la réanimation et une reprise d'activité circulatoire spontanée (RACS)

En France, la fréquence des décès par ACR est comprise entre **50 et 70 000 par an** (sur 500 000 décès) soit une incidence d'un sur mille dans la population générale

les durées de No FLO et Low Flow influencent de manière déterminante le pronostic du patient.

Un temps de « **no flow** » **supérieur à 5 minutes** est associé à un très mauvais pronostic (décès et séquelles).

Au-delà de 10 minutes, en dehors du cas particulier de l'hypothermie, la survie est quasi nulle (altération irrémédiable des fonctions cérébrales supérieures).

Si la période de « no flow » est brève, la durée du « low flow » est moins déterminante du pronostic.

Tout doit être fait pour réduire ces temps.

ACR : % de survie

Les pourcentages de survie des patients en FV, survivant après une défibrillation, sont respectivement
de 25 % pour un délai de réalisation de la défibrillation de 7 à 10 minutes après l'arrêt,
de 35 % pour un délai de 4 à 6 minutes,
et de 40 à 60 % pour un délai de 1 à 3 minutes.

Au-delà de 10 minutes de fibrillation ou d'arrêt, le pourcentage de récupération d'un rythme cardiaque permettant une **hémodynamique efficace est inférieur à 5 %** et la survie sans séquelle neurologique lourde très rare.

La décision de fin de réanimation doit être conjointe, comprise et acceptée par toute l'équipe de réanimation, elle est généralement décidée après 30 minutes de réanimation chez un patient en asystolie et sans RACS

ACR : pratique

Principe de « chaîne de survie »

Les premiers maillons relèvent du grand public :

- l'alerte précoce dès le diagnostic fait par le témoin en composant le 15
- la réanimation cardio pulmonaire précoce (RCP).
- la défibrillation précoce (DSA secouriste et paramed / DA grand public)
 - Au début de la RCP, la fibrillation ventriculaire est observée que dans 40 à 50 % des cas.
 - L'asystolie témoigne soit d'une étiologie extracardiaque, soit le plus souvent d'une période de « no flow » assez longue. (L'asystolie initiale dès la survenue de l'arrêt cardiaque est assez rare)
 - La fibrillation ventriculaire se dégrade (large maille puis petite maille sur le tracé) pour laisser place à un tracé électrique plat d'asystolie.
- Relais aux équipes spécialisées

RCP Médicalisée

- VVP en première intention ; voie intra osseuse (VIO) si 2 échecs
- Adrénaline 1 mg IVD toutes les 4 minutes si asystolie ou rythme sans pouls (dissociation électromécanique)
- Cordarone 300 mg IVD après le 3ème choc si fibrillation ventriculaire (FV) ou tachycardie ventriculaire (TV)

L'atropine n'est plus recommandée

L'alcalinisation comme la fibrinolyse ne sont pas indiquées

Syndrome post-ACR

Objectif de saturation en O₂ entre 92 et 98% : l'hypoxie comme l'hyperoxie sont délétères

Assurer une pression artérielle et notamment une pression artérielle moyenne (PAM)

optimale > 65 mm Hg

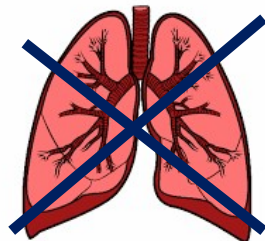
Lutte contre hyperglycémie et hyperthermie (mauvais pronostic neurologique)

Hypothermie conservatrice à 33° quelque soit le type d'ACR



INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS

- Inconscient
- absence de respiration ou GASP
- Sur une durée de 10 secondes maximum



A C R



SECOURIR



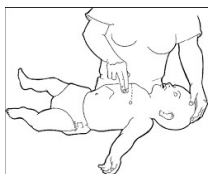
NOURRISSON

PETIT ENFANT

GRAND ENFANT

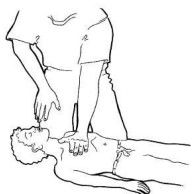
ADULTE

Compressions thoraciques poitrine dénudée sur un plan dur



Nourrisson

Compression avec 2
doigts
1/3 épaisseur du thorax



Enfant

Compression avec 1
main
1/3 épaisseur du thorax

Adulte / Grand Enfant

Compression avec 2 mains
Profondeur 5 à 6 cm



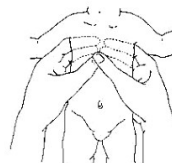
Fréquence des compressions 100 à 120 /mn tps compression = tps décompression régulier >> assurer débit cardiaque le plus normal possible

Insufflations STARTER

Vérification signes de vie



ALTERNANCE
15/2



**APPEL SAMU (seul)
avant début massage**

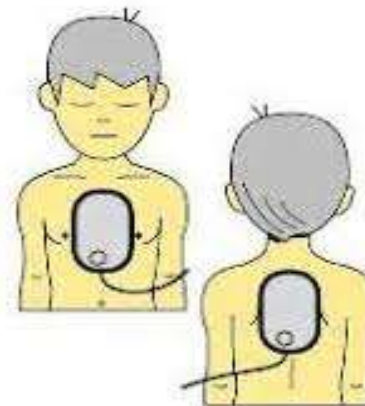
ALTERNANCE
30/2



Si insufflation impossible réaliser compressions thoraciques seules : **alerter le SAMU**

DSA

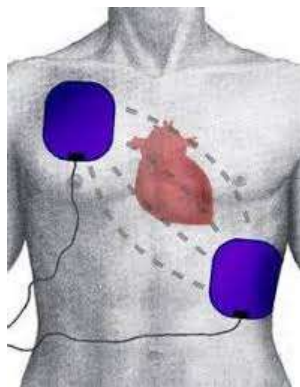
SECOURIR



Onde Bi phasique →

- circule dans les 2 sens
- permet une intensité moindre
donc moins d'effets secondaires

Durée de vie: de 2 à 7 ans / 300 chocs/ 16 h en continue





CONSCIENCE

Mme, Mr ?
Ouvrez les yeux
Serrez-moi les mains

oui

Bilan

Position d'attente adaptée

non

VENTILATION

- LVA
- Vérif respi 10s

non

ACR

RCP (30 compressions / 2 insufflations)
DAE

oui

PLS

Si pas de suspi
de trauma








ACR : pratique

<https://www.youtube.com/watch?v=LUUQSMPeXBE>

Choc anaphylactique : théorie

- Le choc anaphylactique est la manifestation la plus grave de l'anaphylaxie
- La méconnaissance diagnostique de l'anaphylaxie sévère est un risque de surmortalité par absence de mise en route du traitement efficace.
- L'absence d'hypotension ne doit pas retarder le traitement.
- L'adrénaline reste le traitement de première ligne.

 CHOC CARDIOGÉNIQUE	Le coeur n'arrive pas à pomper assez de sang pour assurer les besoins de perfusion de l'organisme
 CHOC HYPOVOLÉMIQUE	<p>Hypovolémique</p> <p>"Faible" "Volume" "dans le sang"</p> Diminution du volume intra-vasculaire
 CHOC SEPTIQUE	Causé par une infection étendue d'une bactérie ou d'un virus
 CHOC ANAPHYLACTIQUE	Réaction allergique sévère
 CHOC NEUROGÉNIQUE	Vasodilatation de durée étendue à cause d'un déséquilibre entre les systèmes sympathique et parasympathique

Diagnostic

L'anaphylaxie est une réaction allergique sévère et généralisée. Elle est définie par les critères de Sampson et le diagnostic est clinique.
Le choc anaphylactique est la manifestation la plus grave de l'anaphylaxie.

Les critères de Sampson

1) Installation aiguë (en minutes ou quelques heures) d'une pathologie avec atteinte cutanée et/ou des muqueuses (urticaire ou érythème généralisé, prurit, œdème facial (lèvres, langue, luette)) et AU MOINS UN DES CRITÈRES SUIVANTS :

- atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme, stridor, Peak Flow diminué, hypoxémie)
- hypotension ou signes d'hypoperfusion périphérique (hypotonie, collapsus, syncope, incontinence)

2) Au moins 2 atteintes qui s'installent rapidement après exposition à un probable allergène ou autre facteur déclenchant* pour le patient (minutes ou quelques heures après l'exposition) :

- atteinte cutanée et/ ou des muqueuses (urticaire ou érythème généralisé, œdème facial (lèvres, langue, luette))
- atteinte respiratoire (dyspnée, bronchospasme, stridor, Peak Flow diminué, hypoxémie)
- atteinte hémodynamique (hypotonie, collapsus, syncope, incontinence)
- atteinte gastro-intestinale (crampes abdominales, vomissements, diarrhée)

3) Hypotension après exposition à un allergène connu pour le patient (minutes ou quelques heures après l'exposition) :

- TA systolique < 90 mmHg ou moins 30 % par rapport à la tension habituelle du patient

* p. ex. réaction anaphylactoïde par la voie alternative (IgE indépendant) ou activation mastocellulaire directe

*Chez l'enfant une chute de la PAS est définie si : PAS < 70 mmHg de 1 mois à 1 an, moins de (70 mmHg + (2 x âge)) de 1 an à 10 ans, < 90mmHg de 11 ans à 17 ans

Signes précoces

Démangeaisons dans les paumes des mains et les plantes des pieds ;
Urticaire ;
Gonflement de la gorge, des lèvres, du visage ;
Oppression thoracique ;
Sentiment d'inquiétude et de malaise.

Signes de dégradation

Palpitations ;
Difficultés respiratoires ;
Douleurs abdominales intenses, diarrhées, vomissements ;
Vertiges et sensations d'évanouissement

Stade de choc anaphylactique

Chute de la tension artérielle ;
Perte de conscience ;
Arrêt cardiaque.

Traitement

Voici ce que vous devez faire en cas de réaction anaphylactique :

- **Appelez le 15** qui vous guidera
- Utilisez immédiatement un auto-injecteur d'adrénaline si vous en avez un en attendant les secours
- Allongez et surélevez les jambes.

ANAPHYLAXIE

Diagnostic et traitement selon le stade de gravité (classification de Ring et Messmer)

GRADES	CLINIQUE	TRAITEMENT	ALLÔ
GRADE 1	Signes cutanéomuqueux, érythème, urticaire, avec ou sans angioedème	Anti-H1 + Cortisone	15
GRADE 2	Atteinte multiviscérale modérée: signes cutanéomuqueux ± hypotension artérielle ± tachycardie ± toux ± dyspnée ± signes digestifs	ADRENALINE IM 0 à 6 ans : 0,15 mg IM 6 à 12 ans : 0,30 mg IM Plus de 12ans: 0,50 mg IM + Remplissage IV +/- B2 mimétiques inhalés +/- Anti-H1, cortisone	
GRADE 3 = CHOC	Atteinte mono- ou multiviscérale: collapsus cardiovasculaire, tachycardie ou bradycardie ± troubles du rythme cardiaque ± bronchospasme ± signes digestifs.		
GRADE 4	Arrêt cardiaque	RCP	

Traitement

Le traitement doit être débuté immédiatement++++++

Algorithme pour la Prise en Charge de l'Anaphylaxie

Diagnostic clinique avec l'aide des critères de Sampon

Enlever l'agent en cause

Réanimation
cardiopulmonaire
si nécessaire

Assurer le monitoring continu
du malade en SAUV

Position confortable,
surélévation des jambes

Première ligne du traitement

- **Adrénaline (1:1000, 1 mg/ml) 0,5 mg intramusculaire** (tiers moyen de la cuisse, en absence de voie intraveineuse), à répéter tous les 5 à 15 min en fonction de réponse clinique
- **Adrénaline (1:10000, 0,1 mg/ml) : 50 µg en titration ou en perfusion à la seringue électrique (0,05-0,1 µg/kg/min)**, en fonction de la réponse clinique
- Autres médicaments vasopresseurs si résistance à l'Adrénaline **et forme grave** (Vasopressine, Noradrénaline 0,1 µg/kg/min)
- **Glugacon** si le patient est traité par β-bloquants ou résistance à l'Adrénaline (1-5mg IVL puis perfusion 5-15 µg/min en fonction de la réponse clinique)
- VVP de grand calibre si pas possible poser une voie veineuse fémorale, si pas possible poser une voie intra-osseuse
- Oxygénothérapie au MHC (> 10 l/min)
- Remplissage vasculaire : 500 ml-2 000 ml de NaCl 0,9 %

Deuxième ligne du traitement

- **Corticoïdes : Methylprednisolone 2 mg/kg**
- **Antihistaminiques H1 : Diphenhydramine 25-50 mg**
- **Bronchodilatateurs en cas de bronchospasme** (aérosol Salbutamol + anticholinergique, si bronchospasme réfractaire Salbutamol 100-200 µg IV puis 5-25 µg/min IVSE et intubation si nécessaire)

Hospitalisation (d'au moins 24h)

- Doit être systématique à cause de risque de récurrence (formes biphasiques)
 - Surveillance initiale en SAUV pendant au moins 4 heures sauf pour les formes graves d'emblée à hospitaliser en réanimation
 - Réanimation ou soins intensifs dans les formes graves
 - UHTCD pour les malades ayant bien répondu au traitement
- Contactez systématiquement l'allergologue :
 - Prescription de l'Adrénaline auto-injectable pour les malades classés dans les critères 2 et 3 après discussion avec l'allergologue car le malade doit être éduqué
 - Prescription d'antihistaminiques (1 cp/j) et de corticoïde per os (1mg/kg/j) pendant une semaine
- Programmer une consultation avec un allergologue, dans la semaine

Choc anaphylactique : pratique

Intérêt de montrer ces vidéos aux patients, leur entourage, notamment lors de la délivrance

[Anapen](#)

[Jext](#)

Epipen

Emerade

[Les 4](#)

Réagir face à une urgence psychiatrique

La présentation réalisée par Barthélémy SCHAAR
n'est pas disponible
<https://www.alfapsy.fr/>

Le médico-légal

Code pénal

« sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Pas d'obligation sur le matériel...,
mais le bon sens incite à s'équiper
de ce qu'on sait utiliser

Code de Déontologie

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge ».

Code de Santé Publique

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement »

Gestion de crise face à des situations sanitaires exceptionnelles (GSSE)

S'adapter n'est pas s'improviser

Dr Véronique FRANCINI
Médecin de crise CH rambouillet et CPTS

Gestion de crise face à des situations sanitaires exceptionnelles (GSSE)

S'adapter n'est pas s'improviser

Dr Véronique FRANCINI
Médecin Coordinateur SSE
CH Rambouillet et CPTS

GSSE

Gestion de Situations Sanitaires Exceptionnelles (1)

Définition SSE : situation sanitaire pouvant provoquer un débordement des organisations sanitaires malgré les dispositifs connus

- très nombreuses victimes
- Impact Départemental, Régional, National, voire Pandémie
- spécificités **Cinétique rapide** (attentats) / **cinétique lente** (Covid)
- A part : spécificités **NRBC**

Objectifs: Envisager des réponses adaptées aux situations
Prévoir /Anticiper/ Coordonner
aux 3 Niveaux : stratégique – tactique - opérationnel



Savoir Agir face à des SCENARII complexes et souvent hybrides

Cyber attaque +++
Absence de communication
Tueries de masse
Incendies

Mouvements de foule
Désordres sociaux violences urbaines
TIAC
Canicule
Inondations

NRBC

Comment se préparer sur le plan stratégique et opérationnel

Se former : -acquérir les compétences

-maîtriser les procédures et plans (boîte à outils) pour construire la réponse opérationnelle

S'entraîner : mises en situations

S'améliorer : analyse des **RETEX** des SSE antérieures

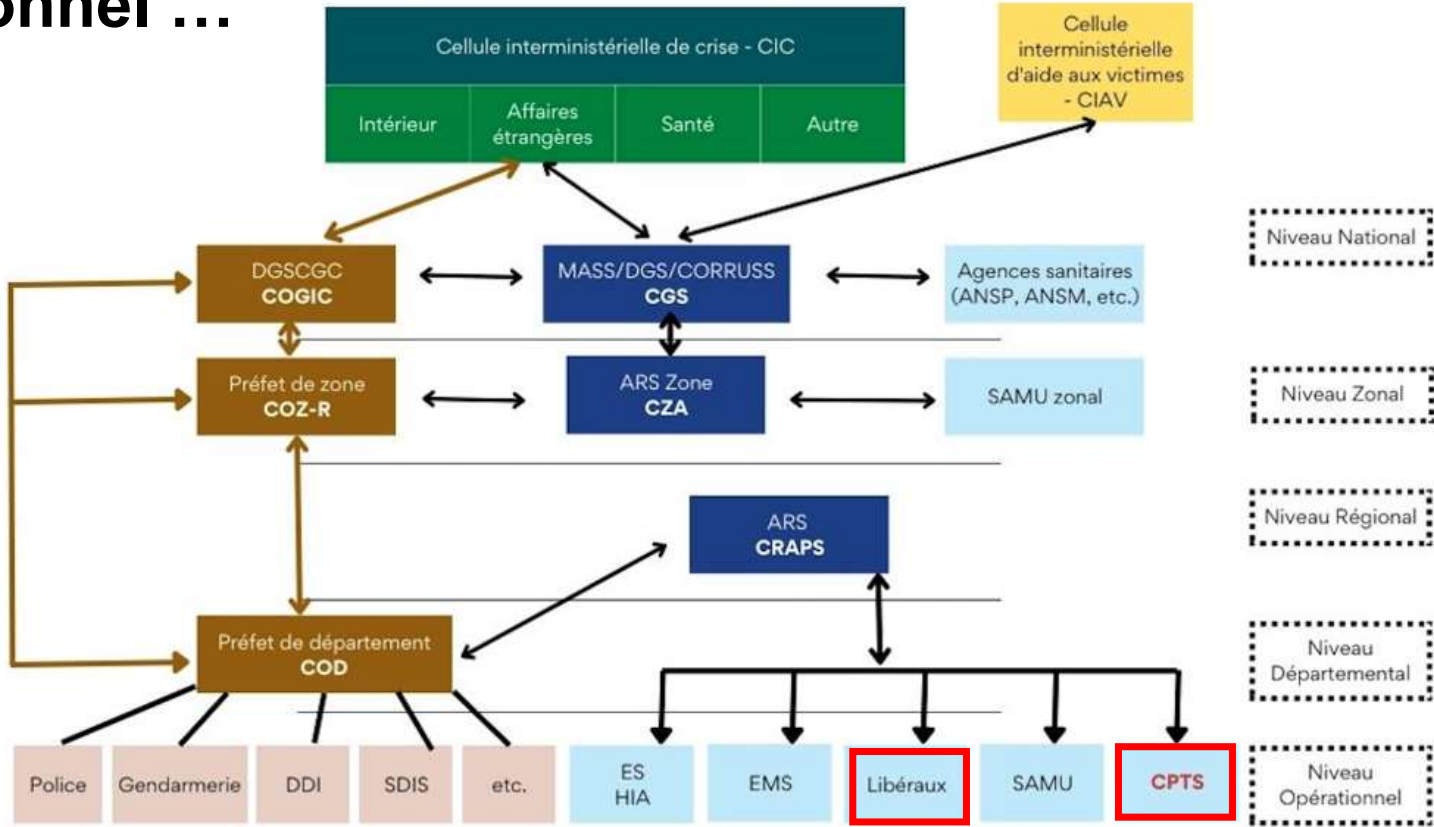
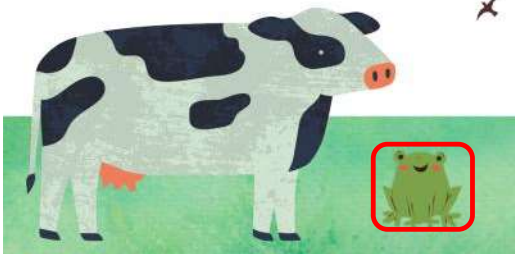
Connaitre les plans

Plans ORSAN révisés...



Tableau n°2 : Les différents volets du plan ORSAN - Source : Guide Méthodologique ORSAN

Coordination niveau national, régional, territorial opérationnel ...



SSE..... déclenchement des plans ORSAN AMAVI et Medico Psy :

analyse de situation – coordination des moyens

Flux capacitaire
Point de rupture
Parcours de soin
DMC
SINUS SI SAMU SIVIC

**Coordonner moyens
zonaux et nationaux**
SAMU et SAMU zonal
ARS
DGOS
Préfecture

RENFORT ORSEC
Organisation de la Réponse
de Sécurité Civile

Rôle du SAMU : à la réception d'une alerte

- **Classifier l'alerte**
 - Toute intervention pour victimes multiples peut être considérée comme potentiellement à risque terroriste
 - La survenue de 2 événements simultanés suspects d'être malveillant peut être considérée comme un début d'une attaque multisites
 - Possible SSE : Vérifier l'information et déclencher les moyens
- **Déclencher les plans de secours NOVI AMAVI**
- **Alerter instance préfectorale : COD cellule de crise préfectorale**



ORSAN-AMAVI : rôle des Hôpitaux accueillir de nombreuses victimes



Pré requis

- **Connaissance des plans de secours en place**
- **Mise en place de l'appel automatisé** (mobilisation des PDS du CH)
- **Zones d'Accueil pré définies**
 - UA ° SAU / Réveil /Bloc / Réanimation
 - UR
 - UD et impliqués
- **Gestion des Capacitaires anticipée :**
 - Redimensionnement des services et activités transversales (Imagerie / Laboratoire / Pharmacie / Hospitalisation)
 - Activités MCO : déprogrammation et reprogrammation
 - Adaptation des moyens humains : flux blessés soignants
- **Filières d'aval connues :** transferts secondaires vers Structures de soins spécialisés (neurochirurgie vasculaire...)

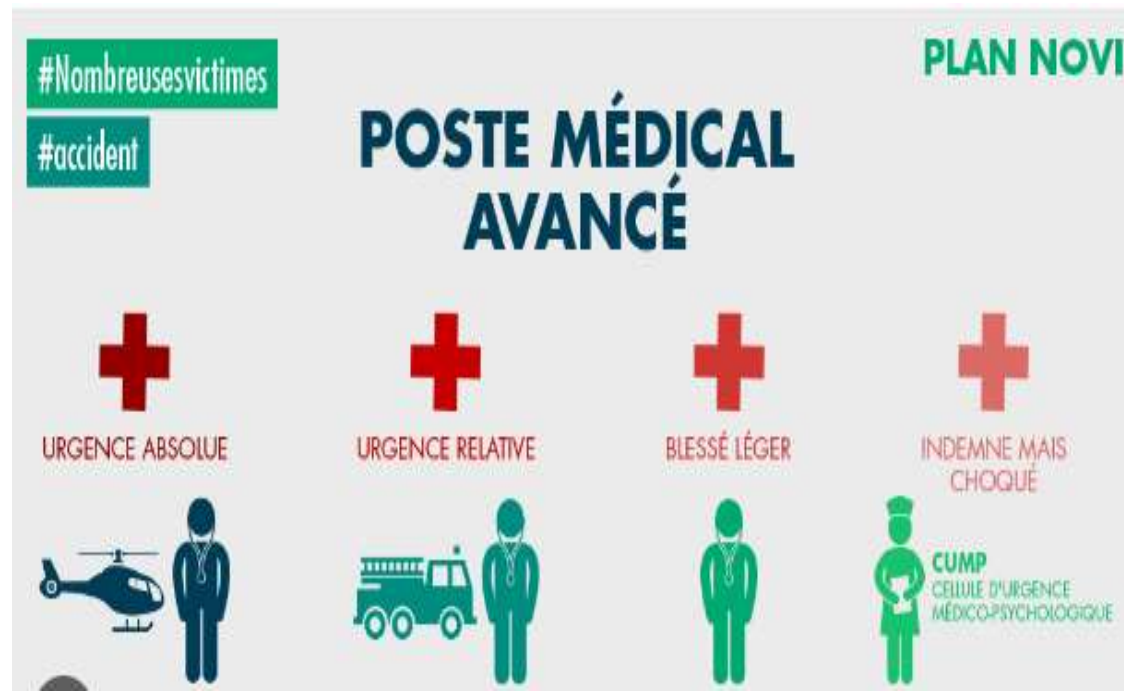
Au SAMU : Plan NOVI

Ancien nom : Plan rouge Organisation de secours sur site

- **Témoin alerte** → **15 / 18 / 112**
- **SAMU** **Décision et déclenchement plan NOVI AMAVI**
Engage les moyens de secours adaptés terrestres aériens :
SMUR /VSAB/ Hélico sécurité civile /...
Mise en place du **PC Opérationnel** sur site : DSM et DS
Mise en place PMA poste médical avancé:
regrouper et catégoriser les victimes
Alerte les hôpitaux pour évacuation graduée et coordonnée
- **Sur décision du COD** : sécurisation du site par les forces de l'ordre ou forces militaires (RAID ,GIGN si besoin)
- **Traçabilité des victimes:** SI NUS (donnes médicales sur site)
SI SAMU (données médicales/main courante)
SI VIC (suivi du parcours de soin)











PMA : Poste Médical Avancé (plusieurs si besoin)



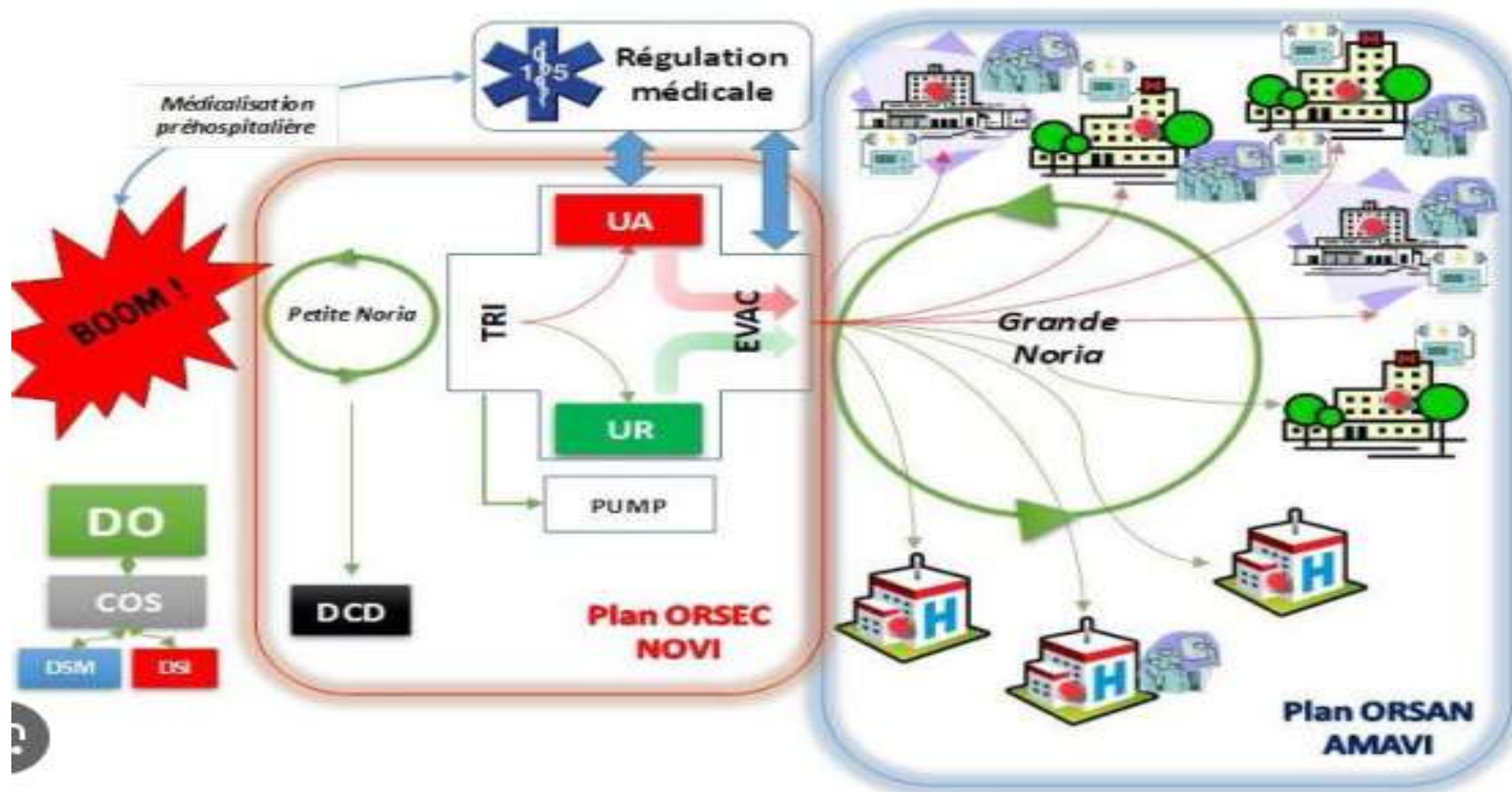
#Nombreusesvictimes
#accident

PLAN NOVI

POSTE MÉDICAL AVANCÉ

 URGENCE ABSOLUE	 URGENCE RELATIVE	 BLESSÉ LÉGER	 INDEMNÉ MAIS CHOQUÉ
			 CUMP CELLULE D'URGENCE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Petite NORIA → Grande NORIA vers les Hôpitaux



Plan ORSAN-AMAVI :

les Hôpitaux s'engagent à accueillir un nombre pré déterminé de victimes

Déclenchement du plan AMAVI

- **Pilotage par la Cellule de CRISE**
en coordination avec COD, ARS, SAMU, CPTS
- **Rôle du DMC** : expertise et compétences acquises
- **Evaluer et Adapter le capacitaire /situation**
- **Evaluer et Anticiper les points de rupture:**
 - « tenir dans la durée »
 - moyens humains (recrutement RH)
 - moyens logistiques et pharmacologiques
 - ajustement de l'activité des services
- **Communiquer sur la situation, l'évolution attendue**
- **Sécuriser activité courante /reporter**



Place des PDS de ville dans le cadre d'une SSE

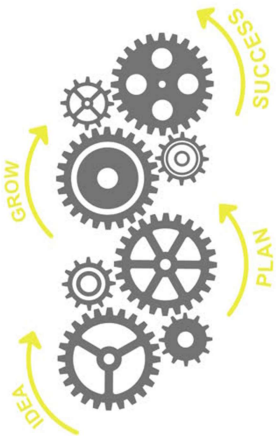
En phase immédiate :

- Alerter le 15
- Savoir attendre les équipes médicalisées et de secours (danger si attentats)
- Prise en charge immédiate de proximité:
 - Damage contrôle des UA
 - Lutter contre hypothermie

Prise en charge post - immédiate:

PEC des UR et les réorienter pour recensement Si VIC
Repérer les troubles psychiques post traumatiques et les réorienter vers les filières dédiées (CUMP)
Gérer les impliqués

Collaboration via la CPTS : Participer au dispositif coordonné CPTS - GSSE



Référents SSE CPTS SY



Dr Véronique Francini

2 suppléants

Dr Gilles Miserey

Christophe Marot

referent_SSE@cptssy.fr

alerte_sse@cptssy.fr

06 95 77 69 35

En contact avec le référent DD78 de l'ARS

ars-dd78-alerte@ars.sante.fr



Et la CPTS Sud Yvelines dans tout ça ?

Dossier gestion des SSE

Boîte à outil complète
Annuaire de toutes les
ressources

Matériel

Sacs urgence
EPI, SHA , etc...
Signalisation
Communication (TW)

Formations

Mars 2024
Novembre 2024

Simulation

Activation cellule de crise
Exercice avec le CH Rambouillet en
2025 ?

Si besoin : lieu de distribution et point
communication de crise

Local de la CPTS :
16 Place de l'Europe, Rambouillet

Stock CPTS

Protection individuelle			
Masques chirurgicaux (boites de 50)	50	2500	
Masques FFP2 (boites de 30)	84	2520	
Sur blouse pack de 100	10	1000	
Gants latex non stériles M boite de 100	30	3000	
Gants latex non stériles L boite de 100	30	3000	
Lunettes de protection	30	300	
Sur-chaussures PACK DE 100	20	2000	
Charlottes pack de 100	10	1000	
Solution hydro alcoolique 5 litres	10	50	
SHA Flacons 500 ml	20	20	

Divers		
	Compresses stériles (5x5) boite de 200	25
	Compresses non stériles (5x5) boites de 100	25
	Pansements américains Zetuvit 10x10 (boite de 10)	30
	Bandes EMILABO 5 cm	25
	Bandes EMILABO 7 cm	25
	Bandes EMILABO 10 cm	25
	Lampes frontales	5
	Piles AAA jeu de 10	10
	Lampes LED accu	5
Sauvegarde	clé USB	50
	Valise Cellule de Crise	5
Divers	Sacs urgence	3
	Talkie Walkie	4
	Garrots tourniquets	6
	Pst Damage Control	40
	Bracelets signalétiques	100



https://youtu.be/zXBhG8G_BSo

Conclusion

Il est indispensable de tous se préparer à s'adapter aux SSE en particulier lors des SSE AMAVI

La désorganisation tue

Merci de votre attention

Rappels des premiers Gestes et Soins d'Urgences

Jessica HARANGER

IDE CH Rambouillet Formatrice CESU 78

LES TROIS REGLES D'OR

PROTÉGER



ALERTER



SECOURIR





PROTÉGER



PROTECTION D'UN DANGER IMMEDIAT

- Que ce soit au domicile, voie publique, hôpital
- **Ne jamais se mettre en danger**
 - **Suppression** du danger
 - Ou **dégagement d'urgence** si le danger est REEL, VITAL, IMMEDIAT et PERMANENT (selon le lieu de l'intervention et la nature du danger, si possible respect axe T-C-T)
 - **EPI** adapté à la situation (gants, masques, tenue adaptée, vaccins à jour.....)
 - **RIEN** si le danger est **NON** contrôlable (ex: câble haute tension)

ALERTER



LES NUMÉROS À CONNAÎTRE EN CAS D'URGENCE



LES NUMÉROS D'APPEL D'URGENCE PERMETTENT
DE JOINDRE GRATUITEMENT LES SECOURS 24H/24



112

NUMÉRO D'APPEL D'URGENCE EUROPÉEN

Si vous êtes victime ou témoin d'un accident
dans un pays de l'Union Européenne



15 SAMU

LE SERVICE D'AIDE MÉDICAL URGENT

Pour obtenir l'intervention d'une équipe
médicale lors d'une situation de détresse
vitale, ainsi que pour être redirigé vers un
organisme de permanence de soins



17 POLICE SECOURS

Pour signaler une infraction qui nécessite
l'intervention immédiate de la police



18 SAPEURS- POMPIERS

Pour signaler une situation de péril ou un
accident concernant des biens ou des
personnes et obtenir leur intervention rapide



114 NUMÉRO D'URGENCE POUR LES PERSONNES SOURDES ET MALENTENDANTES

Si vous êtes victime ou témoin d'une
situation d'urgence qui nécessite
l'intervention des services de secours.
Numéro accessible par fax et SMS



ALERTER



MESSAGE D'ALERTE : On dit quoi ?

- **QUI JE SUIS** (Nom, Fonction, Numéro de rappel)
- **OU JE SUIS** (adresse la plus précise possible)
- **CE QU'IL SE PASSE** (Nature du problème, Nbre victimes, leurs états...)
- **CE QUE J'AI FAIT** (pansement compressif, garrot, perf, intubation....)



INCONSCIENT
ACR
HEMORRAGIE
TRAUMATISME

SECOURIR



PERTE DE CONNAISSANCE Position Latérale de Sécurité



La victime est exposée à des difficultés respiratoires graves si elle reste sur le dos.

SA VIE EST MENACÉE.



AGIR

Reconnaître la perte de connaissance et la présence de respiration.



ABSENCE :
- de réponse,
- de réaction,

PRÉSENCE :
- de respiration.



Demander l'aide d'un témoin pour aller alerter les secours.



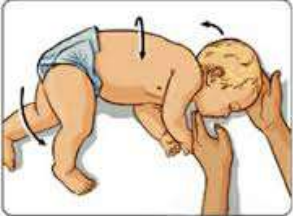

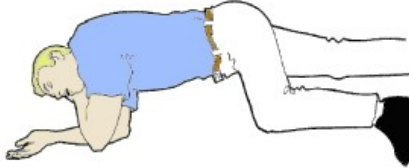


METTRE EN P.L.S.

pour permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur et éviter que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

INCONSCIENT QUI RESPIRE

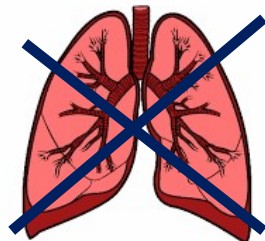


Nourrisson	Adulte / Enfant	
Immobile, regard vide Ne réagit pas aux stimuli auditifs Perte de tonus	Immobile Ne répond pas ordres et gestes simples Ne réagit pas aux stimuli	
	Libération Voies Aériennes VOIR-ECOUTER-SENTIR 10 SECONDES MIN	
MISE SUR LE COTE (PLS) limiter les mouvements de la colonne vertébrale		
		
COUVRIR, ALERTER et SURVEILLER (respiration)		
cas particuliers : femme enceinte / personne obèse = côté gauche traumatisme = du côté traumatisé nourrisson = dans les bras, tourné sur le côté		



INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS

- Inconscient
- absence de respiration ou GASP
- Sur une durée de 10 secondes maximum



A C R



SECOURIR



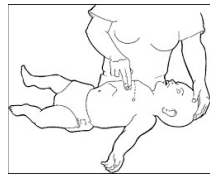
NOURRISSON

PETIT ENFANT

GRAND ENFANT

ADULTE

Compressions thoraciques poitrine dénudée sur un plan dur



Nourrisson

Compression avec 2
doigts
1/3 épaisseur du thorax

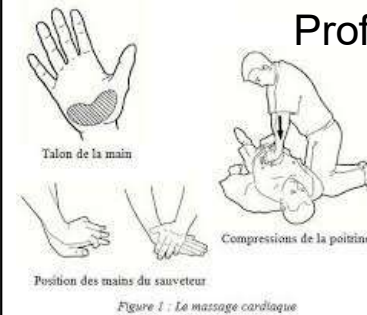


Enfant

Compression avec 1
main
1/3 épaisseur du thorax

Adulte / Grand Enfant

Compression avec 2 mains
Profondeur 5 à 6 cm



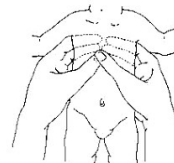
Fréquence des compressions 100 à 120 /mn tps compression = tps décompression régulier >> assurer débit cardiaque le plus normal possible

Insufflations STARTER

Vérification signes de vie



ALTERNANCE
15/2



**APPEL SAMU (seul)
avant début massage**

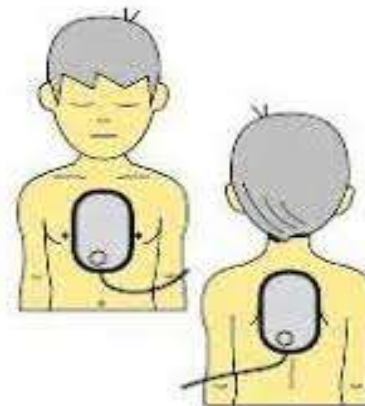
ALTERNANCE
30/2



Si insufflation impossible réaliser compressions thoraciques seules : **alerter le SAMU**

DSA

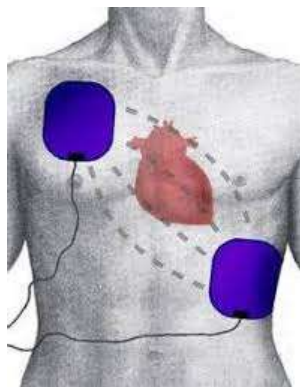
SECOURIR



Onde Bi phasique →

- circule dans les 2 sens
- permet une intensité moindre
donc moins d'effets secondaires

Durée de vie: de 2 à 7 ans / 300 chocs/ 16 h en continue





CONSCIENCE

Mme, Mr ?
Ouvrez les yeux
Serrez-moi les mains

oui

Bilan

Position d'attente adaptée

non

VENTILATION

- LVA
- Vérif respi 10s

non

ACR

RCP (30 compressions / 2 insufflations)
DAE

oui

PLS

Si pas de suspi
de trauma



SPECIFICITES SOIGNANTS

- Oxygénation Masque Haute Concentration 15L/min pour inconscient en PLS
- Ventilation avec insufflateur sur Oxygène 15L/min sur ACR
- Pose de VVP (+/- adrénaline selon protocole)
- Intubation

A vous de jouer



LES HEMORRAGIES

- **Gants**
- **Stopper l'hémorragie et Allongé à plat dos**

- **Compression directe** (gants) de la plaie (en l'absence de corps étranger ou de lésion osseuse associée)



- **Relai avec pansement compressif / Coussin Hémostatique / pansement compressif d'urgence**



- Si l'hémorragie persiste malgré le pansement ou présence d'un corps étranger ou fracture ouverte hémorragique : pose d'un **garrot en dernier recours**



Noter l'heure de pose



BRULURE COMPLEXE

SECOURIR



protection	Eloigner du feu ou du produit irritant		
refroidissement	Au moins 10 min Ideal 20 min	Eau tempérée	Attention hypothermie PA et Enfant
déshabiller	Bijoux, bagues, vêtements	Sauf si adhérent	
couvrir	Pansement stérile Film plastique alimentaire		
Si ingestion	Ne pas faire boire ni vomir		
Si détresse respi	½ assis	O2	
Paramètres vitaux	Bilan brulure	Localisation, étendue, profondeur	vaccination
Soins d'urgence selon compétence	Vvp Intubation ...		



LE DAMAGE CONTROL

- En milieu médical, le damage control est une **approche globale pluridisciplinaire qui commence en préhospitalier et se poursuit au bloc opératoire par une chirurgie de sauvetage minimaliste** (avec reprise à distance si nécessaire).
- Concept global du damage control = **lutter contre la triade létale** :

- Coagulopathie
- Hypothermie
- Acidose





Le damage control

Les 4 grandes étapes du damage control :

- Identification des lésions hémorragiques
- Contrôle du saignement en urgence, localement (garrots, compression...) et éventuellement voie générale (acide tranexamique)
- Correction de la triade mortelle
 - Correction hémodynamique
 - Réchauffement
 - Correction de la coagulopathie
- Chirurgie minimaliste d'hémostase (puis chirurgie définitive ultérieure)



Le matériel du damage control



Acide tranexamique
(antihémorragique)



Garrot
tourniquet



Garrot pneumatique



Pansement compressif
israélien



Pansement
hémostatique



https://youtu.be/zXBhG8G_BSo



SPECIFICITES SOIGNANTS

- Oxygénation Masque Haute Concentration 15L/min pour hémorragie
- Pose de VVP , remplissage, acide tranexamique selon protocole ...

LES TRAUMATISMES

3 types de trauma osseux et articulaires

SECOURIR



FRACTURE



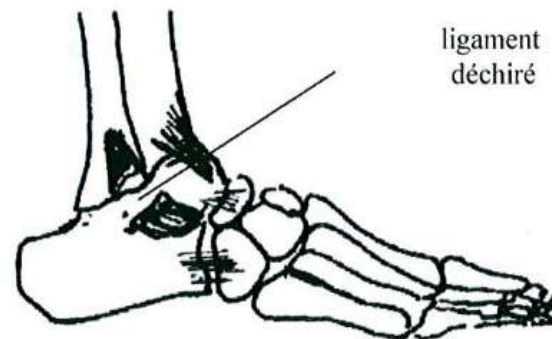
LUXATION

Articulation
déboîtée



ENTORSE

ligament
déchiré



SECOURIR



Signes

- douleur d'intensité variable
- impotence fonctionnelle (augmentée par la douleur)
- déformation, gonflement ou hématome
- absence de pouls (compression vaisseaux)

CAT

- immobiliser la fracture en bloquant l'articulation sus et sous-jacente
- NE JAMAIS TIRER
- limiter le gonflement /douleur
- limiter la perte de sang (plaie)
- prévenir l' infection (fracture ouverte)



TRAUMA MAIN, POIGNET, AVANT BRAS



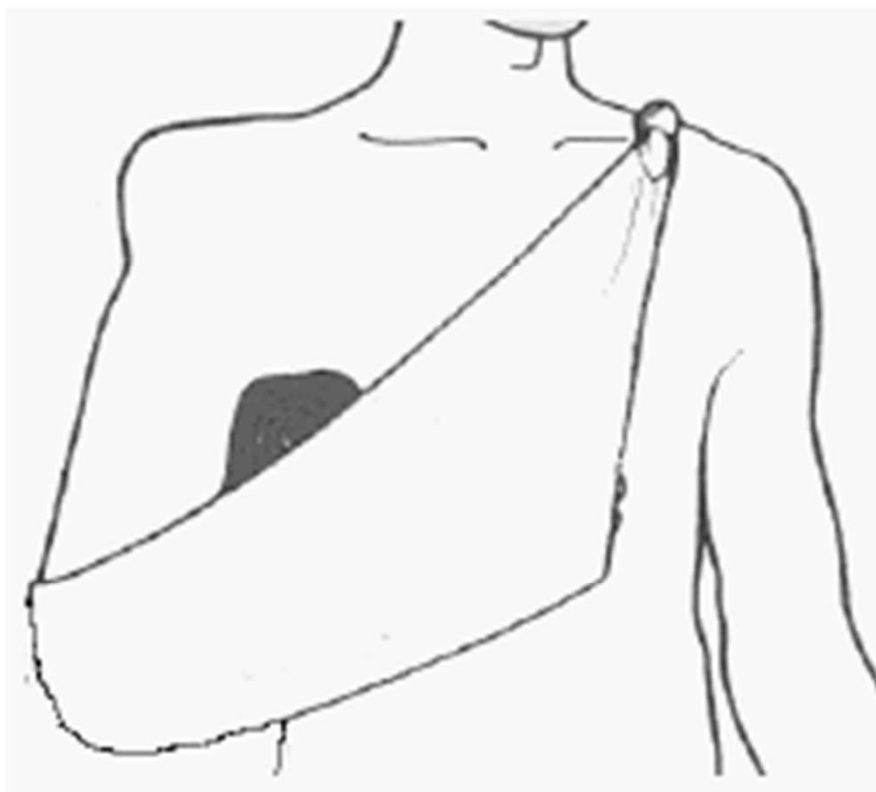
TRAUMA BRAS, EPAULE

SECOURIR





TRAUMA EPAULE + DEFORMATION



LE TRAUMATISME CERVICAL

LE MAINTIEN TETE



Exercices pratiques

MCE

DAE

Hémorragie

Immobilisation

Maintien tête



What The CUMP ?

Estelle GALLE

Psychologue

Coordinatrice CUMP - SAMU78



Programme

Qu'est-ce que la
CUMP ?

Son fonctionnement

Quelques éléments
de prise en charge...

Qu'est-ce que la CUMP ?



Crée en 1995 à la suite des attentats.

Une unité fonctionnelle du SAMU

Coordonnée par des professionnels de santé mentale.

Une équipe mobilisable sur tout le département 24/24,



MISSIONS



Coordonner la réponse suite à un événement à *potentiel traumatique collectif*



Assurer la prise en charge *immédiate* ou *post-immédiate* de blessés psychiques



Soutenir, préserver, former les équipes d'urgence



Animer et former un réseau



Créer, déployer et entretenir un réseau partenarial



CUMP 78



- CUMP Départementale renforcée

Réseau Régional, National ...

- 4 Permanents à temps partiel

Psychiatre référent Dr Caroline de GUILLENCHMIDT

Psychologues Estelle GALLE

Fernando VADILLO

IDE Virginie BLANCHART

- 80 Volontaires



L'évènement à potentiel traumatique

- Attentat
- Catastrophe naturelle
- Accident de grande ampleur
- Evènement individuel à retentissement collectif



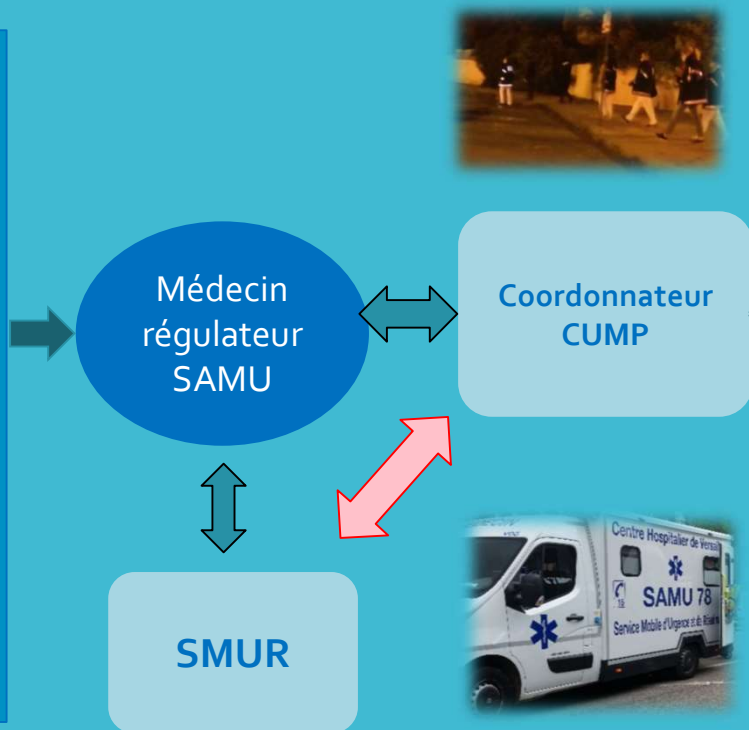
« Une catastrophe est la survenue d'un événement néfaste le plus souvent soudain et brutal, causant des destructions matérielles ou de géographie humaine importante et/ou un grand nombre de victimes et/ou une désorganisation sociale notable, ou plusieurs de ces trois conséquences à la fois. »

Général Louis CROCO

DÉCLENCHEMENT

Appelants:

Patients
Institution
Médecins
Sapeurs
pompiers
Préfecture
ARS



Catastrophe de grande ampleur

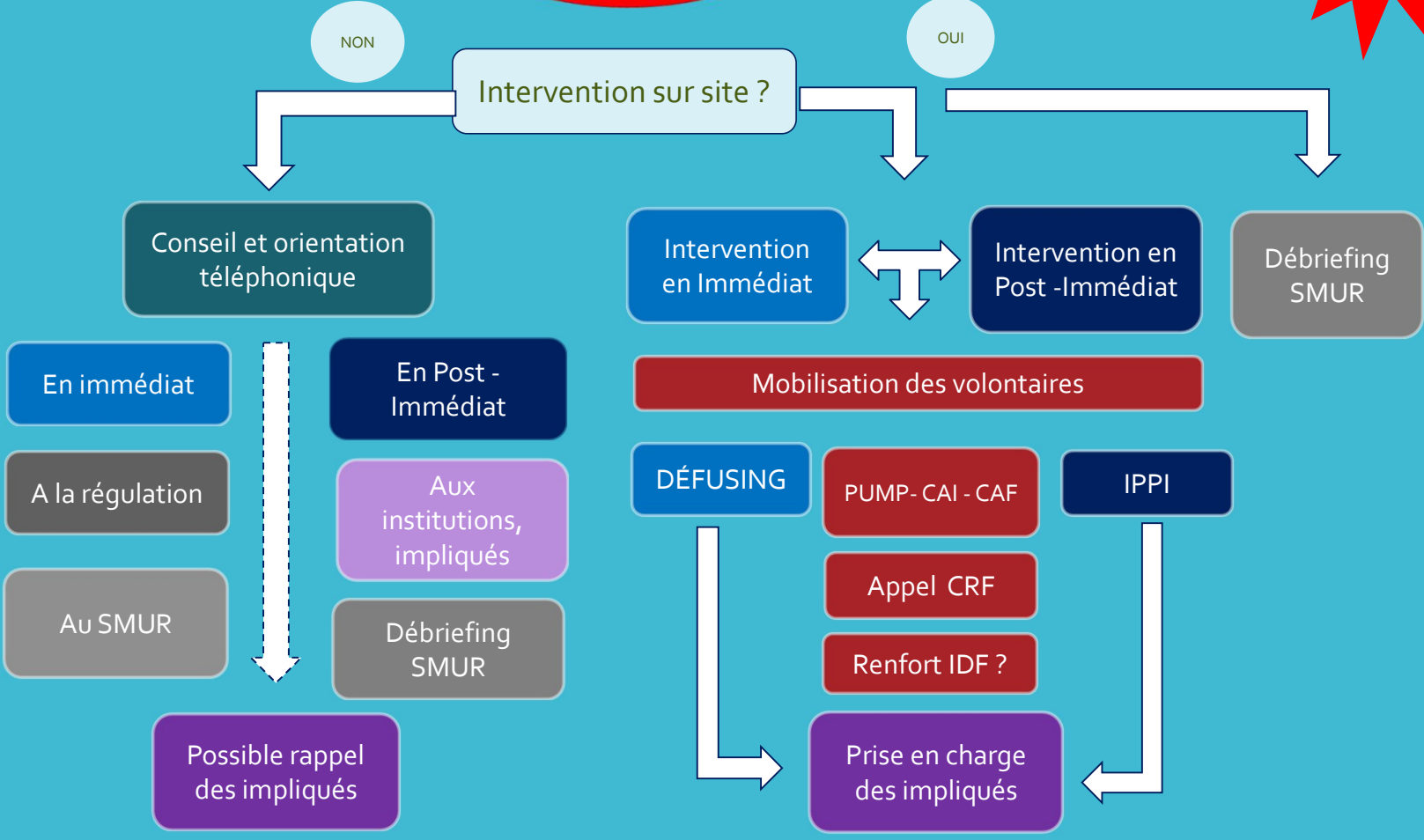
Evènement à fort retentissement psychologique collectif

Catastrophe de moyenne ampleur (plusieurs morts, plusieurs impliqués)

Cadre d'intervention à construire au cas par cas :

- Contexte
- Mobilisation des volontaires
- Localisation du PUMP
- Communication avec les partenaires

Appel au coordinateur d'astreinte



MODALITÉS d'Intervention

NOS OUTILS



Cellule
de crise



Défusing



Groupe
deuil

Entretien
de
groupe

Entretiens
individuels



IPPI

Débriefing
technique

Dans quelques heures, jours, semaines ou parfois beaucoup plus tard...

- Si tu n'es pas comme d'habitude
- Si tu as du mal à dormir
- Si tu as des peurs
- Si tu fais souvent des cauchemars
- Si tu sursautes aux bruits
- Si des images reviennent dans ta tête

N'hésite pas à en parler à tes parents ou aux adultes en qui tu as confiance. Ils pourront t'emmener voir une personne qui pourra t'aider. Tu peux également nous contacter en composant le 15.





Lettre aux enfants et aux parents



CELLULE D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DES YVELINES CUMP78

Centre Hospitalier de Versailles
177 rue de Versailles
78150 Le Chesnay

Tél : 15 ou 01.30.84.96.00
Secrétariat : 01.30.84.96.03
Email : cump78@chv78sud.fr



Orientations & Ressources



Dans les jours suivant l'évènement

- Consultation spécialisée sur le psychotraumatisme**
Centre Hospitalier de Meulan - Les Mureaux
01.30.22.41.00
- Groupe ERIC**
Equipe Rapide d'Intervention et de Crise
Centre Hospitalier de Plaisir
Secours Yvelines Sud
01.30.81.87.87

A tout moment

- 15** Médecin Généraliste
- 116 006** Psychiatre Psychologue clinicien spécialisés dans les prises en charge de l'ESPT
- CHV** Centre Médico-Psychologique pour Adultes - Service de réhabilitation
- CMPA** Centre Médico-Psychologique pour Adultes - Service de réhabilitation
- CMPI** Centre Médico-Psychologique Interprofessionnel - Service de réhabilitation
- Médecin du travail**
- Infirmière ou Psychologue scolaire**
- BAPU** Bureau d'Aide Psychologique aux Parents d'Élèves - U.V.E.S. 218
- PMI** Protection Maternelle et Infantile

CUMP 78
Centre Hospitalier de Versailles
177 rue de Versailles
78150 Le Chesnay
Tél : 15 ou 01.30.84.96.00
Secrétariat : 01.30.84.96.03
Email : cump78@chv78sud.fr


Evènement potentiellement traumatique Impliqué-e ou témoin
Prévenir et soigner l'État de Stress Post Traumatique (ESPT)



CELLULE D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DES YVELINES CUMP78

Centre Hospitalier de Versailles
177 rue de Versailles
78150 Le Chesnay

Tél : 15 ou 01.30.84.96.00
Secrétariat : 01.30.84.96.03
Email : cump78@chv78sud.fr



La CUMP a pour mission l'organisation des soins médico-psychologiques en cas d'évènement concernant un grand nombre de victimes, susceptible d'entraîner un fort retentissement psychologique chez les personnes impliquées ou témoins.

Nos FLYERS

Comment penser si c'est CUMP ?



Impact

- Stress
- Deuil
- Trauma

Immédiat
ou post
immédiat

- Repérage
- Temporalité

Personnes
impliquées

- Exposition directe
- Lien avec la victime
- Nombre
- Lieu

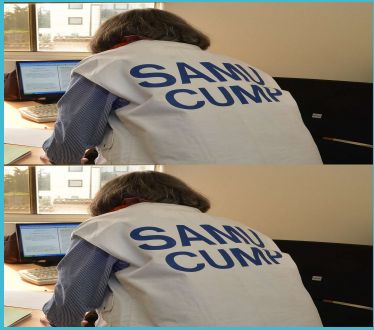


Toujours respecter

- L'organisation
- La hiérarchie

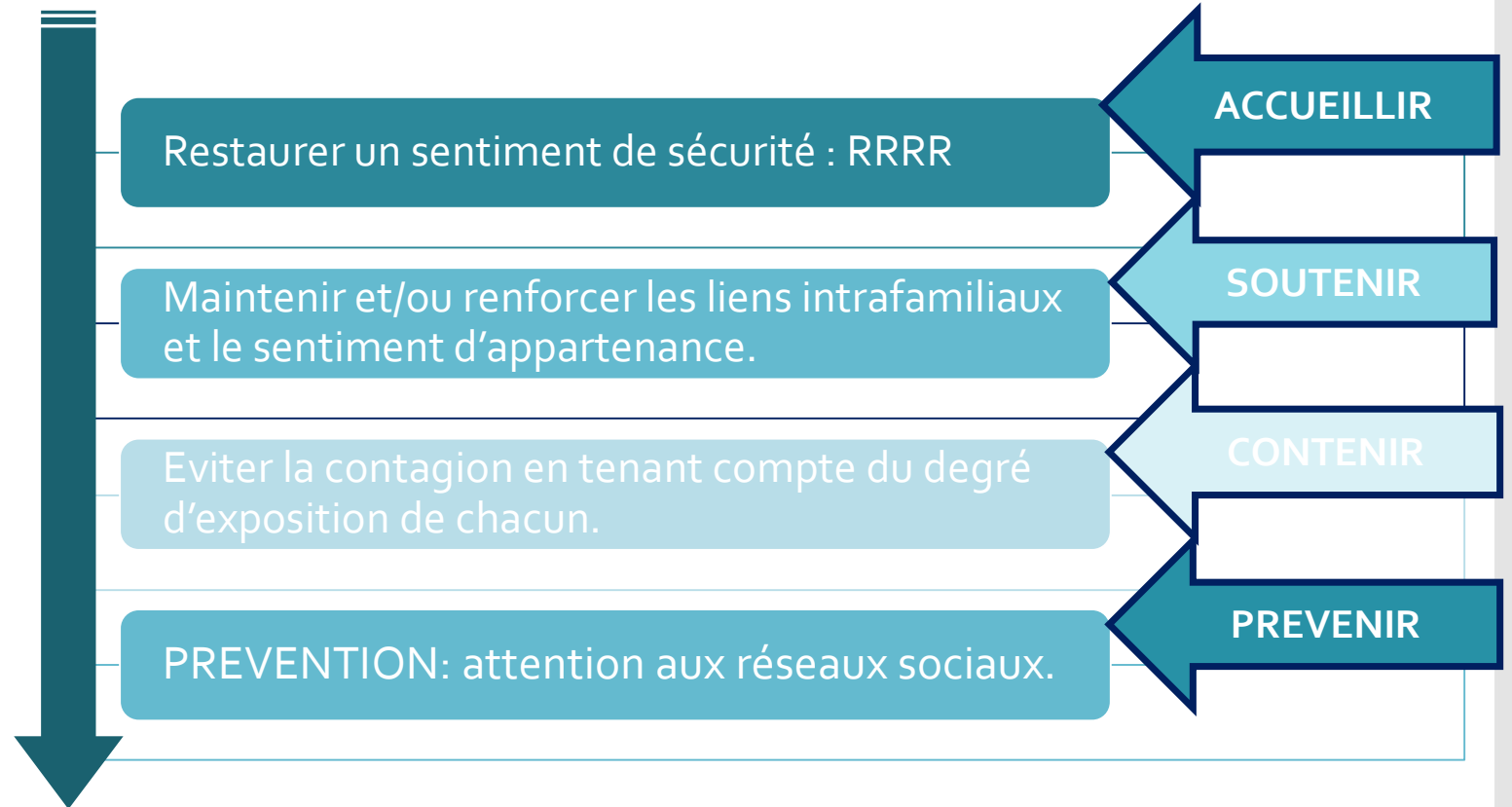
important

Reconnaitre l'évènement
dans la limite de ce que vous
avez le droit de transmettre
et avec l'accord de la famille



Que ce soit par
la CUMP ou pas

EN CAS D'ÉVÈNEMENT À POTENTIEL TRAUMATIQUE





~~NOT TO DO~~

Forcer l'expression

Banaliser ou Eviter

Juger les comportements ou les émotions

Etre Intrusif.

Déculpabiliser

Dédramatiser / Dramatiser

Proposer une réassurance non réaliste

Attention à la contagion

Confusion des rôles



PRENDRE SOIN DE SOI ET DES AUTRES

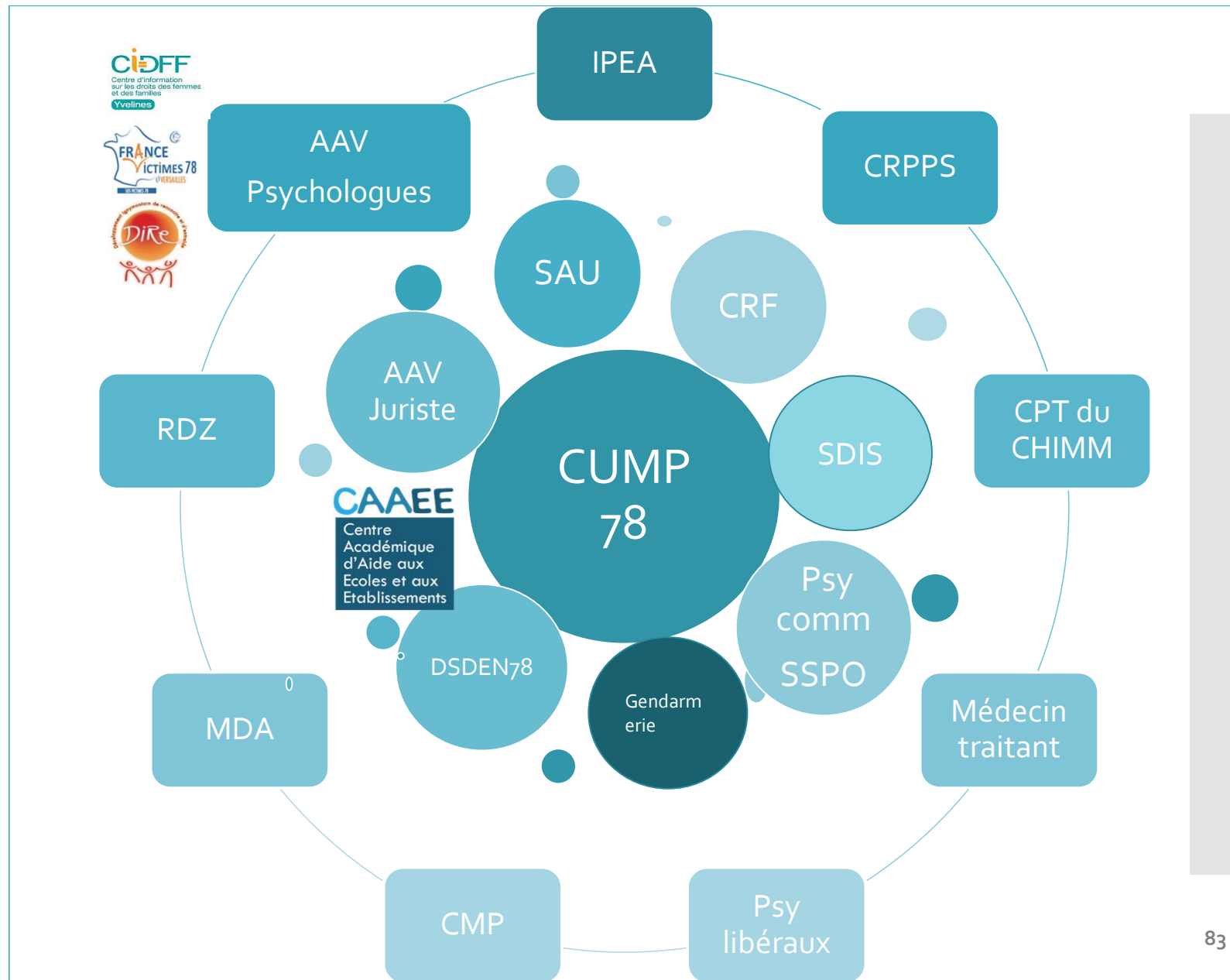
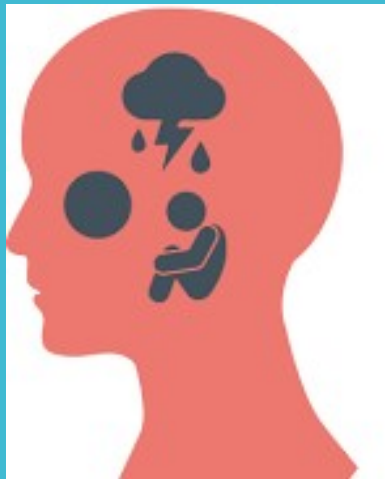


Repas
Repos
Relation
Rythme

« *L'absence ou la carence en soutien psychosocial est le principal facteur de vulnérabilité de l'après exposition traumatique.* »

Chris R BREWIN – 2000,
Emily J OZER – 2003

Les partenaires



MERCI
POUR
VOTRE
ATTENTION



Nos take-home messages

Connaitre les dispositifs en cas de SSE et notre place potentielle (individuelle, et collective) selon la cinétique de l'événement

Si confronté au départ d'une SSE : les réflexes PAS

Protéger/Alerter/Secourir

Connaitre la CUMP : son action et sa mise en œuvre

Aller plus loin :

- dans la formation : AFGSU niveau 1 et 2
- dans l'implication : intégrer un pool de PDS mobilisable en cas de SSE
- Participer à un exercice grandeur nature en 2025

Ressources complémentaires :

- Application smartphone « Premiers secours » (Croix Rouge)
- Traum'cast ([you tube](#)) : 13 mini film de moins de 5 mn par le ministère de la défense
- plateforme @formation sur les SSE EHESP (avril 24)
- alfapsy <https://www.alfapsy.fr/>

Rappel sur AFGSU niveau 1 et 2 (aspects réglementaires) <https://cesu78.org/>

Inscription de volontaires sur une liste de réserviste d'urgence : contactez nous gmiserey@gmail.com pour les actifs et brigitte.lemorzadec@wanadoo.fr pour les PDS retraités

En conclusion



Impossible de tout prévoir mais se préparer au pire fait gagner du temps avec du stress en moins !!!

Merci à tous

Attestation de participation remise en échange de votre évaluation

The End