

AFGSU

AIDE-MÉMOIRE



kadékol.
La formation au delà de la théorie

A. RÉGLEMENTATION ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.	Présentation de l'AFGSU	Page : 2
2.	Tenue et protection du soignant	Page : 3
3.	L'hygiène des mains	Page : 4
4.	AFGSU 2 : Le chariot d'urgence	Page : 5
5.	AFGSU 2 : L'oxygénothérapie	Page : 6
6.	AFGSU 2 : Le bilan de la victime	Page : 7
7.	Les appareils de surveillance	Page : 9
8.	La méthode de l'urgence	Page : 10

B. LES URGENCES VITALES

9.	Explications et objectifs	Page : 11
10.	Les hémorragies externes	Page : 12
11.	L'obstruction des voies aériennes	Page : 15
12.	La perte de connaissance	Page : 19
13.	L'arrêt cardiaque	Page : 22

C. LES URGENCES POTENTIELLES

14.	Explications et objectifs	Page : 23
15.	Les malaises	Page : 28
16.	Les traumatismes osseux	Page : 30
17.	Les traumatismes cutanés : les plaies, les brûlures	Page : 32
18.	AFGSU 2 : L'accouchement inopiné	Page : 35

D. LES URGENCES COLLECTIVES ET LES SSE*

19.	Explications et présentation du SAIP*	Page : 37
20.	Les dispositifs ORSAN* et ORSEC*	Page : 38
21.	Le plan blanc, le plan bleu	Page : 39
22.	En cas d'attaque terroriste, le damage control	Page : 40
23.	Les risques NRBC'E*	Page : 41
24.	La prise en charge médico-psychologique	Page : 42

1. PRÉSENTATION DE L'AFGSU

AFGSU : **A**ttestation de **F**ormation aux **G**estes et **S**oins d'**U**rgence. Ce sont des formations créées en 2006 par le Ministère de la Santé.



AFGSU niveau 1 : destinée aux non professionnels de santé, exerçant dans un établissement de santé, d'une structure médico-sociale ou auprès d'un professionnel de santé dans un cabinet libéral, une maison de santé ou un centre de santé. La durée de cette formation est de 14 heures.

AFGSU niveau 2 : destinée aux professionnels de santé mentionnés dans la quatrième partie du code de la santé publique et aux étudiants se préparant à l'obtention d'un diplôme en vue de l'exercice de l'une de ces professions de santé. Cette attestation est également ouverte aux : aides médico-psychologique, accompagnant éducatif et social, assistants de régulation médicale, assistants médicaux, préleveurs sanguins en vue d'examens de biologie médicale et les auxiliaires ambulanciers. La durée de cette formation est de 21 heures.

La durée de **validité des AFGSU est de 4 ans**. Le renouvellement de cette attestation pour une durée équivalente nécessite 1 journée de réactualisation.

Les textes de loi :

- création de l'AFGSU : Arrêté du 3 mars 2006 ;
- obligation d'intervenir : Code pénal Article 223-6 ;
- obligation de se former : Critère 18.b de la Certification ;
- programme de la formation AFGSU : Arrêté du 1er juillet 2019 ;
- équivalence avec le PSC1 : Arrêté du 23 août 2019 (art.1).



Les titulaires de l'AFGSU sont considérés comme titulaires, par équivalence du PSC1 "Prévention et Secours Civiques de niveau 1"

2. TENUE ET PROTECTION DU SOIGNANT

HYGIÈNE :

- cheveux propres et attachés ;
- mains propres et sans bijoux ;
- ongles courts et sans vernis.

PROTECTIONS :

- charlotte et masque ;
- lunettes et gants ;
- dosimètre.

TENUE :

- manches courtes ;
- propre et sans effets personnels.

PROTECTIONS :

- surblouse et tablier ;
- surchaussures.

CHAUSSURES :

- propres et fermées ;
- faciles à nettoyer.



3. L'HYGIÈNE DES MAINS

SE LAVER LES MAINS SAUVE DES VIES ! En éliminant les micro-organismes acquis par contact avec des surfaces, des patients ou des liquides contaminés, on coupe la chaîne de transmission de l'infection.

Preliminaires : les mains et les avants bras doivent être nus de tous bijoux. Les ongles sont coupés courts et sans vernis.



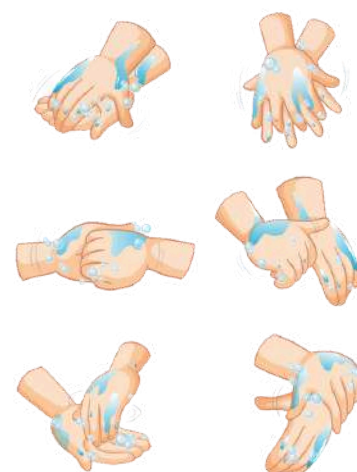
1. Le lavage des mains

Quand :

- à la prise de service et en le quittant ;
- à l'entrée et à la sortie d'une chambre ;
- après tout geste contaminant : se moucher, manger, WC...

Comment :

- se mouiller les mains et poignets à l'eau froide ou tiède ;
- prendre une dose de savon doux ;
- effectuer la friction en 7 points (minimum 30 secondes) ;
- rincer en partant du bout des doigts vers les poignets ;
- sécher par tamponnement les mains et les poignets ;
- fermer le robinet avec le dernier essuie-mains ;
- jeter l'essuie-mains dans la poubelle sans la toucher.



2. La désinfection avec une solution hydro alcoolique (SHA) :

Utilisée en substitution du lavage des mains si elles ne sont pas souillées :

- pratique en cas d'urgence ;
- si l'équipement est insuffisant pour le lavage des mains.



En cas d'accident avec exposition au sang ou des liquides biologiques (AES), mettre en oeuvre immédiatement le protocole de votre établissement.

4. LE CHARIOT D'URGENCE

Dispositif (ex: chariot ou sac) rassemblant le matériel et les traitements permettant de prendre en charge les détresses médicales. La loi ne fixe pas son contenu mais il doit répondre à certaines recommandations :

- être adapté à la structure ;
- être accessible 24h/24 et connu du personnel ;
- être vérifié et reconditionné après usage.

Exemple de chariot d'urgence

AU DESSUS :

- insufflateur ;
- défibrillateur et scope ;
- aspirateur de mucosité...

TIROIRS :

- médicaments ;
- nécessaire pour perfusion ;
- nécessaire pour intubation...

GRANDS TIROIRS :

- solutés ;
- matériel de ventilation ;
- divers : pansements, sondes...

AUTRES :

- boîte à déchets ;
- obus d'oxygène...



5. L'OXYGÉNOTHÉRAPIE

L'apport d'oxygène médical permet d'éviter l'aggravation de l'état d'une victime en luttant contre l'hypoxie.

Attention :

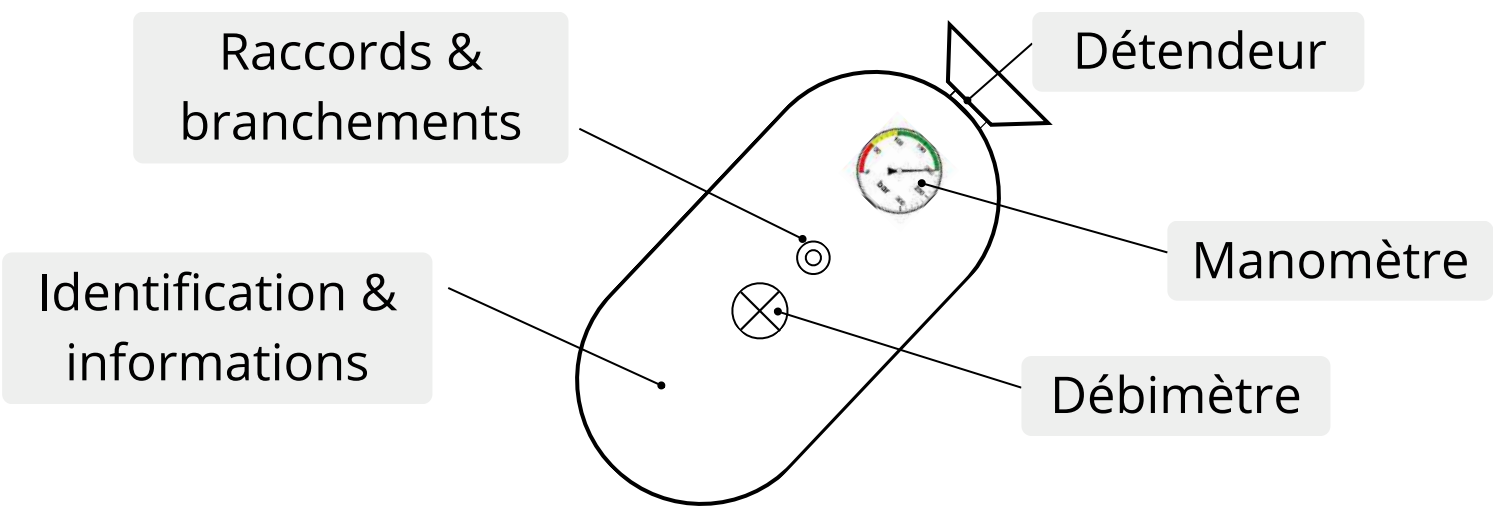
- gaz inflammable (graisse, flamme...) ;
- risque de chute de l'obus s'il n'est pas fixé.

1. Tableau des débits d'oxygène

En litre / minute	Inhalation (la victime respire seule)			Insufflation (arrêt cardiaque)
Dispositifs	MHC*	Masque	Lunettes	Insufflateur
Débit initiale	15	10	2	15
Plage de débit	8 à 15	6 à 10	1 à 6	Ajuster selon la SatO2

*MHC : Masque à Haute Concentration

2. Schéma d'un obus d'oxygène :



3. Évaluation :

En posant l'appareil de saturation en oxygène. L'objectif est de maintenir la saturation du patient entre 94 et 100% ou bien entre 89 et 94% s'il est insuffisant respiratoire chronique.

6. LE BILAN DE LA VICTIME

Ensemble d'informations objectives et mesurables sur l'état d'une victime à un moment donné, permettant de constater sa gravité et son évolution durant la prise en charge.

Il sera :

- transmis à l'équipe qui prend le relai ;
- écrit sur le dossier de soins.

Exemple de bilan :

Anamnèse :

- ATCD et traitements...
- histoire de la maladie et signes ;

Bilan Neurologique :

- score de Glasgow ;
- orientation temporo-spaciale ;
- bilan sensitive-moteur, réflexes photomoteurs* ;
- autres : amnésie, convulsions, céphalées, vertiges, glycémie...

Bilan Circulatoire :

- pression artérielle (avec une référence) ;
- pouls, localisation, perception, régularité ;
- coloration des conjonctives ;
- autres : chaleur des extrémités, marbrures, température, hémocue...



Bilan Ventilatoire :

- fréquence, amplitude, régularité ;
- évaluer le débit verbal ;
- signaler les bruits respiratoires ;
- autres : cyanoses, sueurs, saturation en oxygène, débitmètre de pointe...

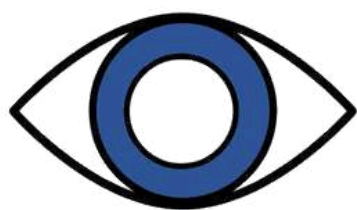
Bilan Traumatique :

Si une notion de traumatisme est suspectée :

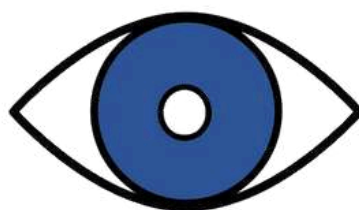
- palpation de la tête aux pieds avec des gants ;
- rechercher : déformations, douleurs, plaies, brûlures...
- autres : si brûlure, évaluer la surface (score de Wallace*)...

Réflexes photomoteurs* : Vérifier la taille, symétrie et réactivité des pupilles à la simulation lumineuse.

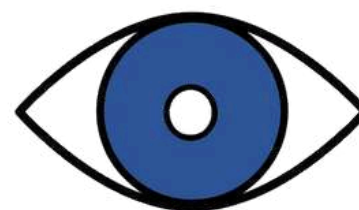
Mydriase



Intermédiaire



Myosis



Score de Glasgow*

Si le total est inférieur ou égal à 8, on considère la patient inconscient.

Ouverture des yeux		Réponse verbale		Réponse motrice	
spontanée	4	orientée	5	aux ordres	6
à la demande	3	confuse	4	orientée	5
à la douleur	2	incohérente	3	évitement	4
aucune	1	incompréhensible	2	flexion	3
		aucune	1	extension	2
				aucune	1

Score de Wallace* : Permet d'évaluer rapidement l'étendue de la surface corporelle atteinte chez un patient brûlé.

Partie du corps atteinte	Surface pour un adulte (en %)	Surface pour un enfant (en %)
tête et cou	9	17
face antérieure du tronc	18	18
face postérieure du tronc	18	18
chaque jambe	18 (x2)	14 (x2)
chaque bras	9 (x2)	9 (x2)
périnée	1	1
TOTAL	100	100

7. LES APPAREILS DE SURVEILLANCE



Les moniteurs permettent de surveiller en permanence les paramètres vitaux d'un patient. Toutes les informations apparaissent sur un écran d'où on peut définir les alarmes et les intervalles de mesure.

Ils sont utiles à condition de connaître leurs réglages, leurs fonctionnements et assurer leurs entretiens réguliers.

1. Normes des paramètres vitaux :

	Adulte > 14 ans	Enfant 2 – 12 ans	Nourrisson 1 mois – 2 ans	Nouveau né < 1 mois
Fréquence cardiaque (bpm)	60 - 100	70 - 140	100 - 160	120 - 160
Pression artérielle (mmHg)	140/80	110/60	>85/44	>75/45
Fréquence respiratoire (cpm)	12 - 20	20 - 30	30 - 40	40 - 60
Saturation O ₂ (%)	94 À 100%			
Température (°C)	36,5 à 37,5			

Source : référentiel PSE 2019 - soins -infirmiers.com

2. Maintenance et matériovigilance des dispositifs médicaux :

Maintenance : ensemble d'actions qui vont permettre de garder ou de rétablir les fonctionnalités d'un dispositif médical.

Matériovigilance : système de surveillance des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux.



Il faut continuer à surveiller une victime même scopée !
Contextualiser et vérifier les mesures si elles sont anormales.

8. LA MÉTHODE DE L'URGENCE

Selon le contexte, devoir prendre en charge une urgence médicale peut être déstabilisant. Pas de panique !

Pour vous aider, on vous présente un outil simple et efficace : **La méthode des 4 AS**



ATTENTION : Éviter que la situation ne s'aggrave pour moi ou pour l'entourage.

ABORDER : Aller voir la victime et lui demander si elle a besoin d'aide.

AGIR : Si nécessaire, mettre en pratique les gestes de premiers secours acquis lors de la formation. Ils ne requièrent aucun équipement et peuvent prévenir l'aggravation de l'état de la victime

ALERTER : Contacter les secours publics : le 15 (SAMU), le 18 (Pompiers), le 112 (N° d'urgence Européen) ou le 114 (Pour les sourds et malentendants). Au travail, respecter la procédure interne à votre établissement.

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Si consciente : parler avec elle, la rassurer ;
- Si inconsciente : contrôler sa respiration en continue ;
- Si inconsciente en arrêt respiratoire : faire les gestes de réanimation.



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

A deux intervenants : compléter la prise en charge avec le matériel du chariot d'urgence et faire le bilan de la victime.

9. LES URGENCES VITALES



Situations qui entraînent immédiatement des lésions cérébrales globales, définitives et essentielles à la vie, en **privant le cerveau d'oxygène !**

Bon à savoir :

- Il existe 4 urgences vitales.
- L'objectif est de sauver le cerveau.
- On traite d'abord la victime, pas la cause.

Explications :

L'intégrité du cerveau est fondamentale pour la vie, car elle permet la perception et l'interaction pendant l'état de veille.

Son fonctionnement repose essentiellement sur un apport continu en oxygène assuré par le système circulatoire. C'est précisément cet apport d'oxygène qui est perturbée lors de situations d'urgence vitale.



Système respiratoire :
Enrichit le sang en oxygène



Système circulatoire :
Transporte le sang



Système neurologique :
Consomme l'oxygène

Objectif de notre prise en charge :

Préserver l'intégrité du cerveau, car sa privation d'oxygène peut compromettre rapidement sa fonctionnalité, pouvant conduire au décès de la victime.

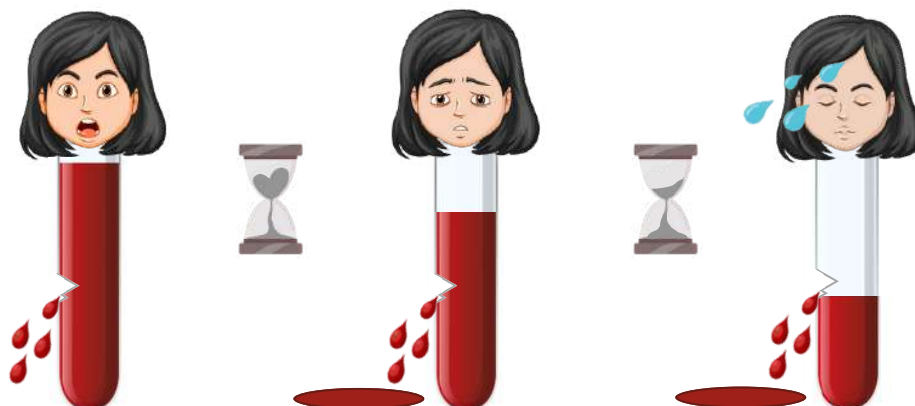
Pour vous aider à atteindre cet objectif dans des contextes parfois difficile, nous allons vous expliquer les gestes qui sauvent lors d'une urgence vitale.

9. LES HÉMORRAGIES EXTERNES

L'hémorragie est une perte abondante et prolongée de sang provoquée par des lésions vasculaires. Elle nécessite une intervention chirurgicale pour être stoppée de façon permanente.

Signes :

- flaqes de sang ;
- vêtements imbibés ;
- pâleurs, sueurs ;
- marbrures, soif intense.



Conduite à tenir :

ATTENTION

ABORDER : Constater l'hémorragie, si nécessaire en écartant les vêtements.

AGIR :

- Demander à la victime de comprimer la plaie ;
- Sinon, comprimer la plaie en se protégeant (gants, sac plastique...)* ;
- Allonger la victime et faire un pansement compressif si nécessaire.

ALERTER

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Surveiller la conscience, ou une reprise du saignement ;
- Couvrir la victime et la laisser à jeun.



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

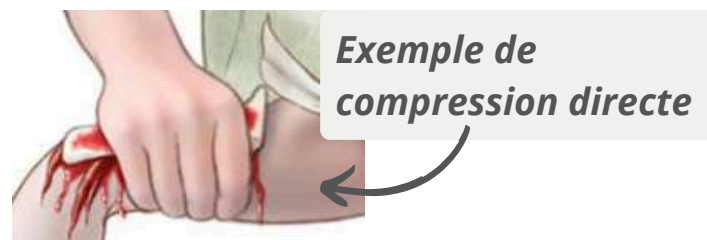
Oxygénothérapie, voie veineuse pour remplissage, monitoring, prélèvements sanguins pré opératoire et transfusionnel, hémocue...

AGIR : LA COMPRESSION LOCALE

La **compression locale** est indiquée sur toute plaie qui saigne abondamment pour arrêter le saignement.

Points clefs :

- suffisante pour arrêter le saignement ;
- permanente.



1. Technique de la compression directe :



L'intérêt du pansement compressif

Appuyer fermement sur l'endroit qui saigne en se protégeant (gants, sac plastique ou tissu propre et épais). En l'absence de protection, la victime peut comprimer elle-même la plaie.

2. Technique du pansement compressif :

Si la compression manuelle se révèle efficace, et uniquement dans ce cas, un pansement compressif peut prendre le relais. Ce dernier consiste en un tissu propre couvrant entièrement la plaie et maintenu par un bandage serré, visant à stopper le saignement.

AGIR : LE GARROT

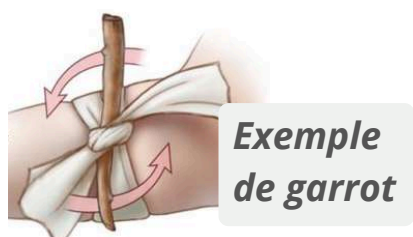
Le **garrot** se place quelques centimètres au-dessus de la plaie si la compression locale s'avère inefficace ou impossible. Il ne doit pas être posé sur une articulation.

Matériel :

- 1 lien de toile long : non élastique, de 3 à 5 cm de largeur ;
- 1 barre : solide et longue pour permettre le serrage.

Technique du garrot :

- Faire 2 tours autour du membre avec un lien large ;
- Réaliser un noeud, placer la barre et faire 2 noeuds par-dessus ;
- Tourner la barre pour arrêter le saignement ;
- Maintenir le serrage ;
- Noter l'heure de pose et laisser le garrot visible.



LES CAS PARTICULIERS

1. Le pansement compressif est inefficace : reprendre la compression directe par dessus le pansement compressif.

2. La compression directe d'une hémorragie est inefficace ou impossible (par ex : nombreuses victimes...) : mettre en place un garrot au dessus de la plaie, couvrir la victime et surveiller l'apparition de signes d'aggravation.

3. Le saignement n'est pas sur un membre : par un orifice naturel (vomissements sanglants, otorragie...) ou à l'abdomen par exemple :

- allonger la victime (si possible) ;
- demander un avis médical et appliquer les consignes ;
- laisser la victime à jeun car le traitement est chirurgical.

4. La victime saigne du nez :



- l'asseoir tête penchée en avant ;
- l'encourager à se moucher vigoureusement ;
- lui demander de comprimer les 2 narines pendant 10 minutes ;
- demander un avis médical si : le saignement continue, la cause est traumatique, la victime prend des traitements.

Estimer le volume sanguin d'une victime : la méthode la plus simple consiste à multiplier le poids de la victime en kilogramme par la moyenne du volume sanguin soit, 65 millilitres pour une femme ou 70 millilitres pour un homme.

Ex. de calcul pour une femme de 60 kg : $60 \text{ kg} \times 65 \text{ ml} = 3900 \text{ ml}$



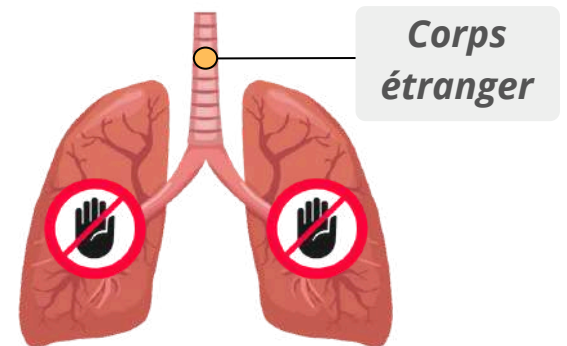
En cas de contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang d'un patient ou d'une victime, suivez le protocole d'Accident d'Exposition au Sang (AES) établi par votre établissement.

11. OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES

L'obstruction complète (ou étouffement) : c'est l'empêchement total de la ventilation provoqué par un corps étranger dans les voies aériennes.

Signes :

- garde sa bouche ouverte ;
- porte parfois les mains à sa gorge ;
- s'agite, devient rapidement cyanosé ;
- ne peut plus tousser, parler ou émettre un son.



Conduite à tenir :

ATTENTION

ABORDER : Constater l'étouffement en posant une question à la victime.

AGIR :

- Donner jusqu'à 5 claques vigoureuses dans le dos ;
- Si pas d'amélioration : réaliser jusqu'à 5 compressions abdominales ou thoraciques selon la victime ;
- Si nécessaire, répéter les cycles de claques et de compressions ;
- Arrêter les manoeuvres dès l'apparition d'une respiration.

ALERTER

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Surveiller la conscience ;
- Ne pas faire boire ou manger la victime avant avis médical.



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

Oxygénothérapie, monitoring.

AGIR : LES CLAQUES DANS LE DOS

Les claques dans le dos sont indiquées en cas d'obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger. Le but est de provoquer un mouvement de toux pour débloquer le corps étranger.



Cette technique varie en fonction du gabarit de la victime :

1. Chez l'adulte et le grand enfant :

- laisser la victime dans la position où elle se trouve ;
- se placer sur le côté et légèrement en arrière de la victime ;
- soutenir son thorax avec une main et la pencher vers l'avant ;
- donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les omoplates, avec le talon de la main ouverte.

2. Chez l'enfant qui tient sur la cuisse du sauveteur :

- s'asseoir et basculer la victime sur sa cuisse, la face vers le bas ;
- donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les omoplates, avec le talon de la main ouverte.

3. Chez le nourrisson qui peut tenir sur l'avant-bras du sauveteur :

- coucher la victime à califourchon sur l'avant-bras, face vers le sol ;
- maintenir sa tête avec les doigts, de part et d'autre de la bouche : le pouce d'un côté et 1 ou 2 doigts de la même main de l'autre côté sans appuyer sur la gorge ;
- incliner la victime afin que la tête soit plus basse que le thorax ;
- donner de 1 à 5 claques, entre les omoplates, avec le talon de la main ouverte.

AGIR : LES COMPRESSIONS ABDOMINALES

Les compressions abdominales sont indiquées en cas d'obstruction grave des voies aériennes après une série de 5 claques dans le dos inefficaces, et si le sauveteur peut se tenir debout ou à genou derrière la victime (ex : victime adulte ou enfant). Le but est de comprimer l'air afin d'expulser le corps étranger par un effet de "piston".

Technique :

- se placer derrière la victime, contre son dos ;
- passer ses bras de part et d'autre de son abdomen ;
- pencher la victime vers l'avant et placer le point fermé (dos de la main vers le ciel) juste au-dessus du nombril ;
- placer l'autre main sur la première, sans appuyer sur les côtes ;
- tirer franchement vers l'arrière et vers le haut ;
- effectuer de 1 à 5 compressions, en relâchant entre chacune.

AGIR : LES COMPRESSIONS THORACIQUES

Les compressions thoraciques sont indiquées en cas d'obstruction grave des voies aériennes :

- lorsqu'il est **impossible d'encercler l'abdomen** de la victime (obèse, femme enceinte) et après une série de 5 claques dans le dos inefficaces ;
- lorsque la victime est un **nourrisson** qui peut tenir sur l'avant-bras du sauveteur et après une série de 5 claques dans le dos inefficaces.

1. Chez l'adulte (obèse ou femme enceinte) :

- se positionner derrière la victime ;
- placer ses bras sous les bras de la victime et encercler sa poitrine ;
- point fermé (dos de main vers le ciel) au milieu du sternum ;
- placer l'autre main sur la première sans appuyer sur les côtes ;
- tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière ;
- effectuer de 1 à 5 compressions, en relâchant entre chacune.



2. Chez le nourrisson :

- placer l'avant-bras contre le dos du nourrisson et soutenant sa tête ;
- tourner le nourrisson pour que sa face soit côté ciel ;
- placer l'avant-bras sur lequel repose le nourrisson, sur la cuisse ;
- la tête du nourrisson doit être plus basse que le reste du corps ;
- placer la pulpe de 2 doigts d'une main dans l'axe du sternum, une largeur de doigt au-dessus du bas du sternum ;
- effectuer de 1 à 5 compressions profondes et successives.

1. La victime est alitée : on peut réaliser des compressions thoraciques comme pour le massage cardiaque.

2. La victime respire avec difficultés : c'est une obstruction partielle, il ne faut donc pas aggraver son état :

- ne pas pratiquer de technique de désobstruction ;
- installer la victime dans la position où elle se sent le mieux ;
- l'encourager à tousser ;
- demander un avis médical et appliquer les consignes ;
- surveiller attentivement la victime.

Si l'obstruction devient grave il convient d'appliquer la conduite à tenir devant une obstruction complète.

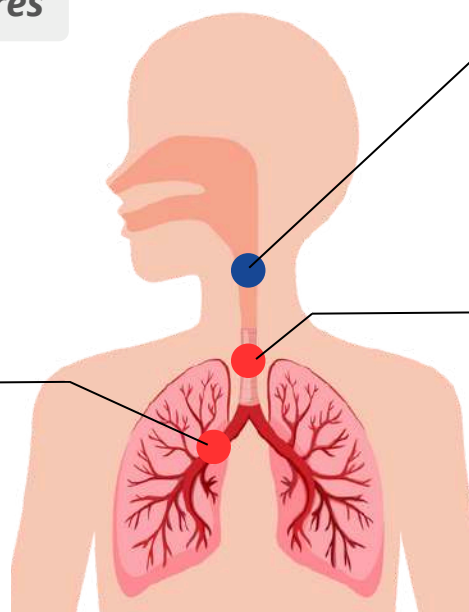
3. La victime perd connaissance :

- l'accompagner au sol ;
- faire alerter ou alerter les secours ;
- réaliser une réanimation cardio-pulmonaire ;
- vérifier la présence du corps étranger dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions thoraciques et le retirer s'il est accessible.

*Les 3 formes d'obstructions
des voies aériennes supérieures*

OBSTRUCTION PARTIELLE :

- dyspnée qui ne s'améliore pas
- dissymétrie du thorax à l'inspiration



FAUSSE ROUTE :

- dyspnée qui s'améliore vite

ÉTOUFFEMENT :

- ne respire plus
- ne parle plus
- ne tousse plus

Légende :

- bloque l'air
- ne bloque pas l'air

12. PERTE DE CONNAISSANCE

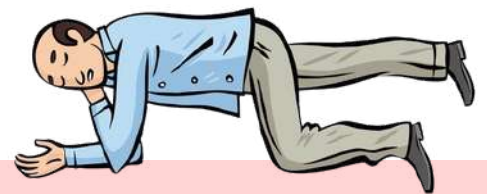
Une personne a perdu connaissance lorsqu'elle **ne répond et ne réagit plus** à aucune sollicitation verbale ou physique et respire.

Le risque est d'évoluer à court terme en arrêt cardiaque à cause de l'encombrement des voies aériennes par des liquides (salive, liquide gastrique) ou la langue.

Signes :

- victime inconsciente : ne réagit pas aux simulations ;
- respire efficacement.

Conduite à tenir :



ATTENTION

ABORDER :

- Constater l'absence de réponse en parlant et touchant la victime ;
- Demander de l'aide, si vous êtes seul ;
- Allonger la victime sur le dos et libérer des voies aériennes* ;
- Apprécier la respiration* sur 10 secondes au plus.

AGIR (à la suite d'un évènement non traumatique) :

- Placer la victime en position stable sur le côté (PLS*)

ALERTER

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Surveiller en permanence la respiration de la victime ;
- La protéger contre la chaleur, le froid ou les intempéries .



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

- Oxygénothérapie, glycémie capillaire, ECG et monitoring ;
- Voie veineuse, bilan sanguin et préparer le matériel d'intubation.

ABORDER : LA LIBÉRATION DES VOIES AÉRIENNES



La libération des voies aériennes* (LVA) doit être réalisée systématiquement avant de pouvoir apprécier la respiration chez une victime inconsciente.

Le but est de retirer les éventuels corps étrangers présents dans la bouche et de décoller la langue du fond de la gorge pour permettre le passage de l'air.

1. Chez l'adulte :

- tourner la victime sur le dos ;
- dégrafer les vêtements qui gênent la respiration ;
- placer la paume d'une main sur le front de la victime ;
- placer 2 ou 3 doigts de l'autre main, juste sous la pointe du menton ;
- basculer doucement sa tête en arrière en appuyant sur le front et élever son menton ;
- retirer les éventuels corps étrangers visibles et vérifier la respiration.

2. Chez le nourrisson :

- amener doucement la tête du nourrisson dans l'alignement du torse ;
- retirer les éventuels corps étrangers visibles et vérifier la respiration.

ABORDER : APPRÉCIER LA RESPIRATION

Apprécier la respiration* : doit être réaliser en assurant la libération des voies aériennes et sur 10 secondes maximum.

Technique :

- maintenir la libération des voies aériennes ;
- se pencher sur la victime, au-dessus de sa bouche et de son nez ;
- regarder si son ventre et/ou sa poitrine se soulèvent ;
- sentir un éventuel flux d'air ;
- écouter d'éventuels sons.



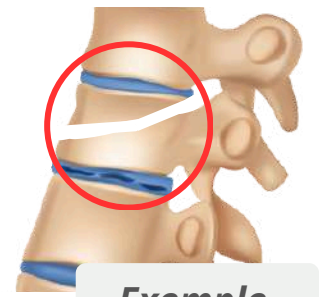


La position latérale de sécurité* (PLS) est indiquée chez toute victime qui ne répond pas, ne réagit pas et respire à la suite d'un événement **non traumatique ou à la demande des secours alertés**.

Le but est de maintenir libres les voies aériennes supérieures de la victime en permettant l'écoulement des liquides vers l'extérieur et en évitant que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

Points clefs :

- limiter les mouvements de la colonne vertébrale ;
- aboutir à une position stable, la plus latérale possible ;
- permettre de contrôler la respiration de la victime ;
- permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.



*Exemple
de fracture*

1. Chez l'adulte et l'enfant :

- se placer à genoux, à côté de la victime, au niveau de son thorax ;
- placer et plier le bras de la victime, côté sauveteur, à angle droit ;
- saisir le bras opposé et maintenir le dos de sa main sur son oreille, côté sauveteur ;
- attraper et relever la jambe opposée de la victime ;
- s'éloigner du thorax de la victime afin de pouvoir la retourner ;
- tirer sur la jambe relevée de la victime afin de la faire pivoter ;
- dégager doucement votre main située sous la tête de la victime en maintenant son coude ;
- ajuster la jambe de la victime située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit ;
- ouvrir la bouche de la victime sans mobiliser la tête.

2. Chez le nourrisson :

- placer le nourrisson sur le côté, dans les bras du sauveteur.



En cas de lésions du thorax ou d'un membre, on placera la victime du côté atteint. Les femmes enceintes seront si possible tournées sur leur côté gauche.

13. L'ARRÊT CARDIAQUE

Lorsque **le coeur ne fonctionne plus efficacement**, l'absence de circulation sanguine entraîne vite des lésions cérébrales par manque d'oxygène.

Signes :

- victime inconsciente : ne réagit pas aux simulations ;
- ne respire plus ou anormalement : lente, agonie.

Conduite à tenir :

ATTENTION



ABORDER :

- Constater l'absence de réponse en parlant et touchant la victime ;
- Demander de l'aide, si vous êtes seul et allonger la victime sur le dos ;
- Libérer des voies aériennes* et apprécier la respiration* sur 10 sec.

AGIR :

- Si un tiers est présent, débiter la réanimation, faire alerter les secours et réclamer un défibrillateur ;
- Si vous êtes seul :

ALERTER : Mettre le tél sur haut-parleur et débiter la réanimation.

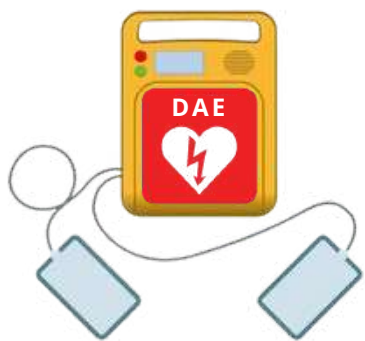
SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Pratiquer la réanimation : 30 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations ou bien compressions thoraciques en continu ;
- Chercher un défibrillateur sans arrêter plus de 10 sec. la réanimation.

AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN



- Insufflateur avec oxygène, aspirateur à mucosités ;
- Voie veineuse et plateau d'intubation ;
- Mettre en oeuvre le protocole arrêt cardiaque de l'établissement.



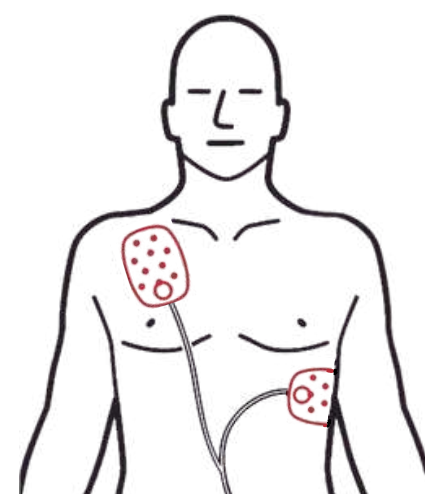
La défibrillation est indiquée en présence d'une victime en arrêt cardiaque. Le but est de retrouver une activité cardiaque normale. **Le défibrillateur est un dispositif sécurisé** qui peut être utilisé par tous dans cette situation.

Points clefs :

- mise en oeuvre le plus tôt possible ;
- interrompre le moins possible les compressions thoraciques

1. Chez l'adulte :

- mettre en fonction le défibrillateur ;
- suivre les instructions de l'appareil ;
- demander aux personnes de s'écarter pendant les analyses et les chocs ;
- interrompre le moins possible les compressions thoraciques.



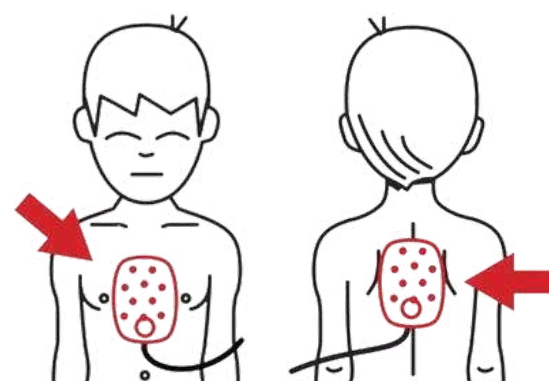
Positionnement des électrodes chez l'adulte

2. Chez l'enfant et le nourrisson :

- la défibrillation doit être réalisée avec des appareils adaptés ;
- en l'absence de matériel adapté, les électrodes adultes sont positionnées au milieu du thorax pour l'une, et au milieu du dos pour l'autre.



Panneau signalant un défibrillateur



Positionnement des électrodes chez l'enfant

SURVEILLER : LES COMPRESSIONS THORACIQUES



Le talon
de la main

Les compressions thoraciques sont indiquées en présence d'une victime en arrêt cardiaque. Le but est d'oxygéner les organes en rétablissant une circulation artificielle.

Points clefs :

- mettre la victime sur le dos, sur une surface rigide ;
- comprimer fortement le sternum : 100 à 120 fois/ min.

1. Chez l'adulte :

- dénuder la poitrine de la victime (si possible) ;
- placer le talon d'une main au centre de la poitrine, sur la ligne médiane et sur la moitié du sternum ;
- placer l'autre main au dessus en entrecroisant les doigts des 2 mains ;
- réaliser des compressions d'une profondeur de 5 et 6 cm, les bras tendus, avec une fréquence de 100 à 120 fois par minute et un temps de compression égal à celui du relâchement.

2. Chez l'enfant :

- placer le talon d'une main à une largeur de doigt au-dessus du bas du sternum, à la jonction des dernières côtes ;
- relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes ;
- réaliser les compressions thoraciques comme chez l'adulte en veillant à enfoncer le thorax sur le tiers de son épaisseur (env. 5 cm)

3. Chez le nourrisson :

- placer la pulpe de 2 doigts d'une main dans l'axe du sternum, à une largeur de doigt au dessus de la jonction des dernières côtes ;
- réaliser les compressions à l'aide de la pulpe des 2 doigts en veillant à enfoncer le thorax sur le tiers de son épaisseur (environ 4 cm)



Les compressions thoraciques
sur le nourrisson

SURVEILLER : LES INSUFFLATIONS

Les insufflations sont indiquées en présence d'une victime en arrêt cardiaque. Le but est d'apporter de l'oxygène aux poumons.

- Points clefs :**
- elles doivent être lentes et progressives ;
 - cesser dès le soulèvement de la poitrine ;
 - être brèves (5 sec. maximum pour 2 insufflations).

1. Le bouche à bouche : Cette technique permet des insufflations lorsque l'on n'a pas de matériel adapté. Elles ne seront pratiquées que si le sauveteur se sent capable : répulsion, contamination...

Chez l'adulte et l'enfant :

- basculer la tête de la victime et pincer son nez ;
- ouvrir légèrement sa bouche en utilisant l'autre main ;
- maintenir son menton élevé et inspirer sans excès ;
- appliquer fermement votre bouche ouverte autour de sa bouche ;
- insuffler progressivement jusqu'au soulèvement de sa poitrine ;
- se redresser légèrement pour vérifier l'affaissement de la poitrine ;
- insuffler une seconde fois dans les mêmes conditions.



Chez le nourrisson :

- placer la tête en position neutre, menton élevé ;
- englober avec la bouche à la fois la bouche et le nez de la victime ;
- insuffler progressivement jusqu'au soulèvement de la poitrine ;
- se redresser légèrement pour vérifier l'affaissement de la poitrine ;
- insuffler une seconde fois dans les mêmes conditions.

2. L'insufflateur manuel (AFGSU 2) : Il évite les contaminations et se raccorde à l'oxygène pour améliorer l'efficacité de la réanimation :



- basculer la tête et appliquer le masque ;
- insuffler progressivement jusqu'au soulèvement de la poitrine ;
- insuffler une seconde fois dans les mêmes conditions.

LES CAS PARTICULIERS

1. Précautions de la défibrillation : les établissements recevant du public sont souvent équipés de défibrillateur automatique externe.

- Un boîtier médical sous cutané est présent : décaler l'électrode.
- Timbres médicamenteux : les retirer du thorax de la victime.
- Sol mouillé ou métallique : si possible, déplacer la victime (l'efficacité d'un choc électrique est diminuée).

2. La victime est un enfant ou un nourrisson : ce sont des arrêts cardiaques le plus souvent provoqués par un manque d'oxygène.

ATTENTION

ABORDER :

- Constater l'inconscience ;
- Demander de l'aide si vous êtes seul et poser la victime sur le dos ;
- Libérer les voies aériennes* et apprécier la respiration*.

AGIR :

- Pratiquer 5 insufflations ;
- Si pas de réaction, pratiquer 1 min. de réanimation associant : 15 compressions thoraciques pour 2 insufflations.

ALERTER : Mettre le tél sur haut-parleur et débiter la réanimation.

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Poser le défibrillateur s'il se trouve à proximité immédiate.

AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN



- Insufflateur avec oxygène, aspirateur à mucosités ;
- Voie veineuse et plateau d'intubation ;
- Mettre en oeuvre le protocole arrêt cardiaque de l'établissement.

14. LES URGENCES POTENTIELLES



Situations qui n'entraînent pas immédiatement des lésions cérébrales globales, définitives et essentielles à la vie.

Bon à savoir :

- Elles sont fréquentes ;
- Elles peuvent entraîner des urgences vitales.

Explications :

Urgences potentielles ne signifient pas bénignes. Car sous estimées ou mal prises en charge, certaines peuvent menacer l'intégrité du cerveau et ainsi entraîner des urgences vitales.

Elles sont consécutives :

- aux malaises ;
- aux traumatismes osseux ;
- aux traumatismes cutanés ;
- à l'accouchement.

Objectifs :

- éviter l'aggravation de l'état de la victime ;
- transmettre les bonnes informations aux secours.

L'identification de l'urgence, la mise en oeuvre précoce des premiers gestes de secours, l'alerte et la transmission d'un bilan complet sont les points clefs de notre prise en charge.

En cas d'évolution de l'état de la victime, en cours d'intervention, on pourra recontacter les secours afin d'adapter les moyens déjà engagés en première intention.



En cas de doute, demander un avis médical auprès du SAMU (15). Le médecin régulateur pourra éventuellement vous demander de lui transmettre des informations pour vous adresser les secours adaptés.

15. LES MALAISES

La malaise est une sensation pénible qui traduit un dysfonctionnement de l'organisme : maladie, intoxication, allergies... La victime est consciente mais ne se sent pas bien et présente des signes inhabituels.

Signes :

- douleurs, céphalées ;
- pâleurs, sueurs, vertiges ;
- difficultés à respirer ou à parler...

Conduite à tenir :

ATTENTION



ABORDER : Faire confirmer l'état de malaise.

AGIR :

- Mettre en position de repos : allongée ou assise si difficultés à respirer ;
- Desserrer les vêtements en cas de gêne ;
- Se renseigner sur : son âge, le type de douleur, la durée du malaise, son état de santé, ses traitements, la survenue d'un malaise identique dans le passé.

AVIS MÉDICAL :

- Transmettre les informations ;
- Passer la victime au médecin si nécessaire.

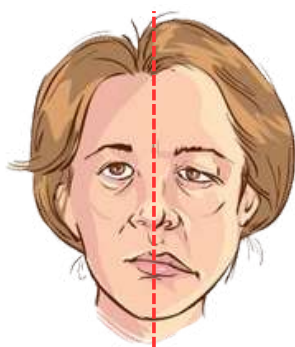
SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Appliquer les consignes médicales ;
- Surveiller la conscience et contacter les secours si aggravation.



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

- Compléter la prise en charge à l'aide du chariot d'urgence ;
- Faire le bilan de la victime.



1. L'accident Vasculaire Cérébral (AVC) : c'est une défaillance de la circulation du sang qui affecte une région du cerveau. Il nécessite une prise en charge médicale urgente.

Signes :

- engourdissement ou paralysie ;
- lèvres tombantes d'un côté, impossibilité de sourire ;
- troubles de l'équilibre ou de la vue ;
- confusion, difficultés à parler, céphalées intenses...

2. Les douleurs dans la poitrine : à considérer comme grave. Nécessitent une prise en charge médicale urgente pour éliminer une origine cardiaque.

3. La victime demande son traitement ou du sucre : si la victime le demande, lui donner du sucre ou son traitement habituel.

4. La victime convulse : éviter qu'elle ne se blesse et ne rien lui mettre dans la bouche. Dès la fin des convulsions, aborder la victime.

5. La victime a de la fièvre : une infection importante entraîne une hyperthermie ou parfois une hypothermie, une fatigue majeure, une augmentation du pouls... Une prise en charge médicale est alors nécessaire pour débiter un traitement adapté.

6. Les maladies provoqués par la chaleur : survenant dans une ambiance chaude ou après un effort, on peut :

- mesurer la température de la victime (si possible) ;
- lui proposer à boire, la dévêtir et l'installer dans un endroit frais ;
- la rafraîchir en l'aspergeant d'eau froide ou placer des sacs de glace sous les aisselles, au niveau de l'aîne ou du cou.

7. Prévention des malaises vagues : si la victime reconnaît l'imminence d'une perte de connaissance mais qu'il n'est pas possible de l'allonger :

- si elle est debout, lui conseiller de s'accroupir en baissant la tête ;
- lui demander de croiser ses jambes et de contracter le bas du corps ;
- lui demander d'entrelacer ses doigts et de contracter les muscles des membres supérieurs.

16. LES TRAUMATISMES OSSEUX

Les chocs peuvent causer des dommages aux os (fractures) ou aux articulations (entorses ou luxations). Pour éviter d'aggraver une lésion, la victime ne doit pas être mobilisée.

Signes de gravité :

- douleur vive, déformation ;
- déficit moteur ou sensitif ;
- plaie locale associée.

Conduite à tenir :

ATTENTION

ABORDER : Demander à la victime de ne pas bouger.

AGIR :

- Si on suspecte un traumatisme du rachis cervical : maintenir la tête ;
- Sinon, caler le membre atteint avec du linge et retirer les bijoux.

AVIS MÉDICAL :

- Transmettre les informations ;
- Passer la victime au médecin si nécessaire.

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Maintenir la tête et appliquer les consignes médicales ;
- Surveiller la conscience et contacter les secours si aggravation.



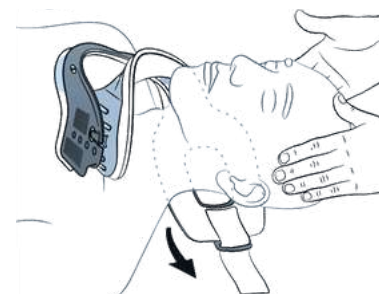
AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

- Compléter la prise en charge à l'aide du chariot d'urgence : collier cervical, attelles, dispositif d'immobilisation...
- Faire le bilan de la victime.

Le maintien de la tête est indiqué chez la victime qui présente une douleur du cou à la suite d'un traumatisme, d'une chute ou d'une plaie à l'oeil. Le but est de limiter les mouvements du cou qui pourraient entraîner des lésions neurologiques sévères.

Points clefs :

- se placer de façon stable dans l'axe de la victime, derrière sa tête ;
- placer les mains de chaque côté de sa tête pour la maintenir dans la position où elle se trouve.



LES CAS PARTICULIERS

1. Le relevage d'une victime : opération qui consiste à mettre une victime sur un brancard pour permettre son transport. Selon la situation et la notion de traumatisme, on utilisera des techniques à 2, 3 ou 4 porteurs ainsi que du matériel spécifique : portoir souple, plan dur, matelas coquille...

Points clefs :

- le chef maintient l'axe : tête, cou, tronc (si nécessaire) ;
- les porteurs travaillent de façon stable et coordonnée ;
- les manutentions sont faites dos droit et les prises sont fermes.

2. Le brancardage : opération qui consiste à transporter une victime avec un brancard.

Points clefs :

- le chef repère le parcours, vérifie l'installation et surveille la victime pendant la manoeuvre ;
- le brancard doit rester horizontal, victime tête en avant ;
- les porteurs travaillent de façon synchronisée pour éviter les balancements.



17. LES TRAUMATISMES : LES PLAIES

Les plaies sont des lésions de la peau avec une atteinte possible des tissus situés dessous.

Signes de gravité :

- l'aspect : profondeur, corps étranger ;
- le mécanisme : projectile, morsure ;
- la localisation : oculaire, thoracique...

Conduite à tenir :

ATTENTION



ABORDER : Évaluer la gravité de la plaie en écartant les vêtements, si nécessaire.

AGIR :

1. La plaie vous semble simple :

- se laver les mains et mettre des gants (si besoin) ;
- nettoyer la plaie à l'eau et au savon puis désinfecter ;
- protéger par un pansement puis conseiller un avis médical en cas de doute sur la vaccination, début d'infection...

2. La plaie vous semble grave :

- installer confortablement la victime en position d'attente* ;
- la laisser à jeun.

AVIS MÉDICAL

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME :

- Couvrir la victime et appliquer les consignes médicales ;
- Surveiller la conscience et contacter les secours si aggravation.



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

- Compléter la prise en charge à l'aide du chariot d'urgence ;
- Faire le bilan de la victime.

17. LES TRAUMATISMES : LES BRÛLURES

Lésions provoquées par la chaleur, le froid, des substances chimiques, l'électricité, le frottement ou bien des radiations.

Signes de gravité :

- l'aspect : blanc ou noir associé à des cloques et à une rougeur ;
- la surface : cloques supérieures à 1/2 paume de main de la victime ;
- la localisation : visage, cou, mains, articulations, près des orifices naturels ;
- l'origine : chimique, électrique ou radiologique ;
- la victime : rougeur étendue sur l'enfant.



Conduite à tenir :

ATTENTION

ABORDER : Évaluer la gravité de la brûlure.

AGIR (si moins de 30 minutes) :

1. La brûlure vous semble simple :

- refroidir la brûlure avec de l'eau tempérée à faible pression ;
- protéger avec un pansement stérile et vérifier les vaccinations.

2. La brûlure vous semble grave :

- débiter l'arrosage, alerter les secours et respecter leurs consignes ;
- installer confortablement la victime en position d'attente*.

AVIS MÉDICAL

SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME



AFGSU 2 : COMPLÉTER ET FAIRE LE BILAN

- Compléter la prise en charge à l'aide du chariot d'urgence ;
- Faire le bilan de la victime.

AGIR : LES POSITIONS D'ATTENTE

Les positions d'attente sont les positions dans lesquelles il convient d'installer une victime en attendant les secours :

- plaie de l'abdomen : allongée jambes fléchies ;
- plaie au thorax et/ou difficultés respiratoires : position assise ;
- plaie de l'oeil : allongée, yeux fermés en maintenant sa tête ;
- les autres cas : position allongée.

Dans tous les cas, protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

LES CAS PARTICULIERS

1. Les brûlures chimiques :

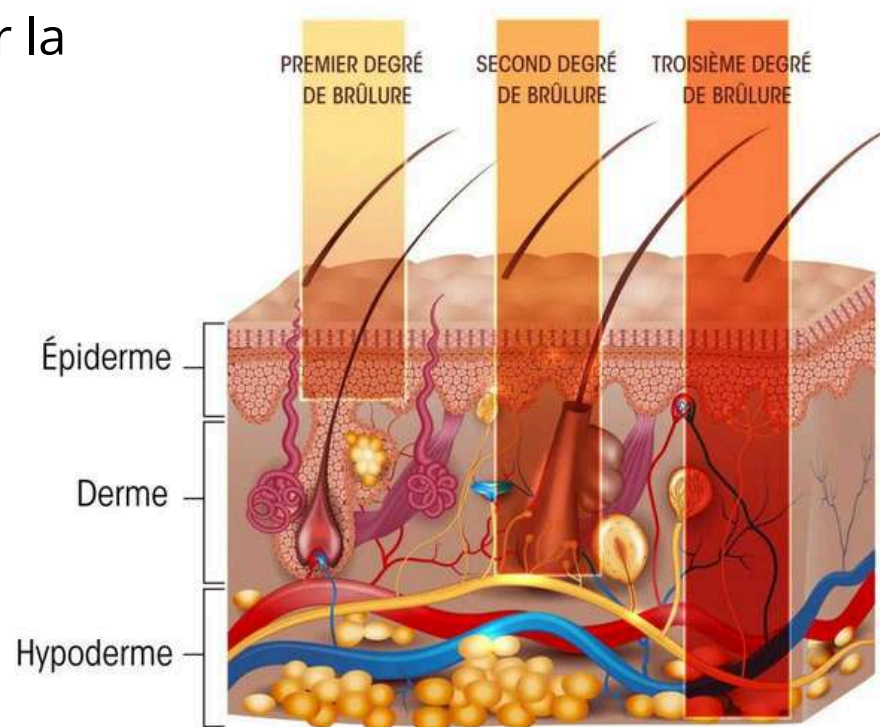
Rincer abondamment à l'eau tempérée en préservant les zones saines. Retirer les vêtements imbibés de produit en se protégeant et ne pas faire vomir ou boire en cas d'ingestion. Se laver les mains après les gestes de secours et conserver l'emballage du produit concerné.

2. Les brûlures électriques :

Ne pas toucher la victime avant la suppression du risque, puis arroser la zone brûlée à l'eau tempérée.

3. Les brûlures par inhalations :

Suite à une exposition avec des vapeurs chaudes ou caustiques. Placer la victime en position assise si elle a des difficultés respiratoires.



18. L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ

On parle d'accouchement inopiné parce qu'il arrive à un moment imprévu ou dans un lieu inattendu.

Un accouchement se déroule en 3 phases :

- le travail ;
- l'expulsion ;
- la délivrance.

1. Face à une parturiente en travail : pour évaluer la possibilité d'un transport en maternité avec le SAMU :

On se renseigne sur la grossesse :

- le terme prévu ?
- les spécificités : traitement ? hospitalisation ? présentation ?
- comment se sont déroulés les accouchements antérieurs ?



On se renseigne sur l'imminence de l'accouchement :

- détailler le score de Malinas* ;
- l'aspect de la perte des eaux, l'envie de pousser.

Score de Malinas* :

Permet d'évaluer l'imminence d'un accouchement.

Score	0	1	2
Parité	1	2	> 2
Début des contractions	< 3 heures	3 à 5 heures	> 5 heures
Durée des contractions	< 1 minute	1 minute	> 1 minute
Intervalle des contractions	> 5 minutes	3 à 5 minutes	< 3 minutes
Perte des eaux	non	< 1 heure	> 1 heure

Source : site de la sfmu : société française de médecine d'urgence

Lorsque le score de Malinas* est supérieur à 7 ou bien que la parturiente a envie de pousser, l'installer dans l'attente des secours pour réaliser l'accouchement sur place.

2. Face à une parturiente qui va expulser : chauffer la pièce et préparer du matériel (gants, linge, clamps...) et surtout laisser faire la nature.

Installer la parturiente sur le dos. Lors des contractions, l'encourager à pousser pendant environ 10 secondes en rentrant le menton dans la poitrine et en tirant sur ses genoux : "inspirez, bloquez et poussez!"

Dès que la tête du nouveau-né sort, vérifier l'absence de circulaire du cordon, le réduire au besoin. Laisser l'expulsion se faire naturellement.

S'assurer que l'enfant va bien avec le score d'Apgar* et prévenir l'hypothermie en l'essuyant et en le posant "peau contre peau" sur le ventre de sa mère.

Noter l'heure de la naissance et clamber si possible le cordon ombilical à une dizaine de centimètres de l'enfant.

Score d'Apgar* :

Permet d'évaluer l'état de santé d'un nouveau-né.



Score	0	1	2
Pouls	aucun	< 100	> 100
Réactivité	aucune	faible (grimace)	vigoureux (cri)
Coloration	pâle ou cyanosée	corps rosé et extrémités bleues	entièrement rosée
Tonus	aucun	mouvements des extrémités	activité importante
Respiration	aucune	faible / irrégulière	bonne

Source : site de la sfmu : société française de médecine d'urgence



Circulaire du cordon : si le cordon ombilical reste autour du cou au moment de l'expulsion, il peut entraîner une souffrance foetale. Dans le cas où il ne peut être réduit, demander à la parturiente de ne plus pousser et soulager l'avancée en attendant les secours.

19. LES URGENCES COLLECTIVES ET SSE*

Les Situations Sanitaires Exceptionnelles* (SSE), sont des situations pouvant potentiellement engendrer un nombre élevé de victimes.

Elles peuvent être de différentes natures :

- catastrophes naturelles, épidémies ;
- catastrophes technologiques ;
- actes malveillants : attentats...

Face à cette éventualité, la population peut être alertée et informée grâce au SAIP*.

Le Système d'Alerte et d'Information des Populations* (SAIP) est un ensemble d'outils permettant d'avertir la population d'un danger imminent et de l'informer sur la conduite à tenir.

Description :

- Le Signal National d'Alerte (SNA) est un son modulé de 3 cycles de 1 minute et 41 secondes, séparés par un intervalle de 5 secondes.



- Un service de diffusion de l'alerte : médias, téléphone mobile (notifications de Fr-Alert), panneaux d'affichage ou réseaux sociaux.

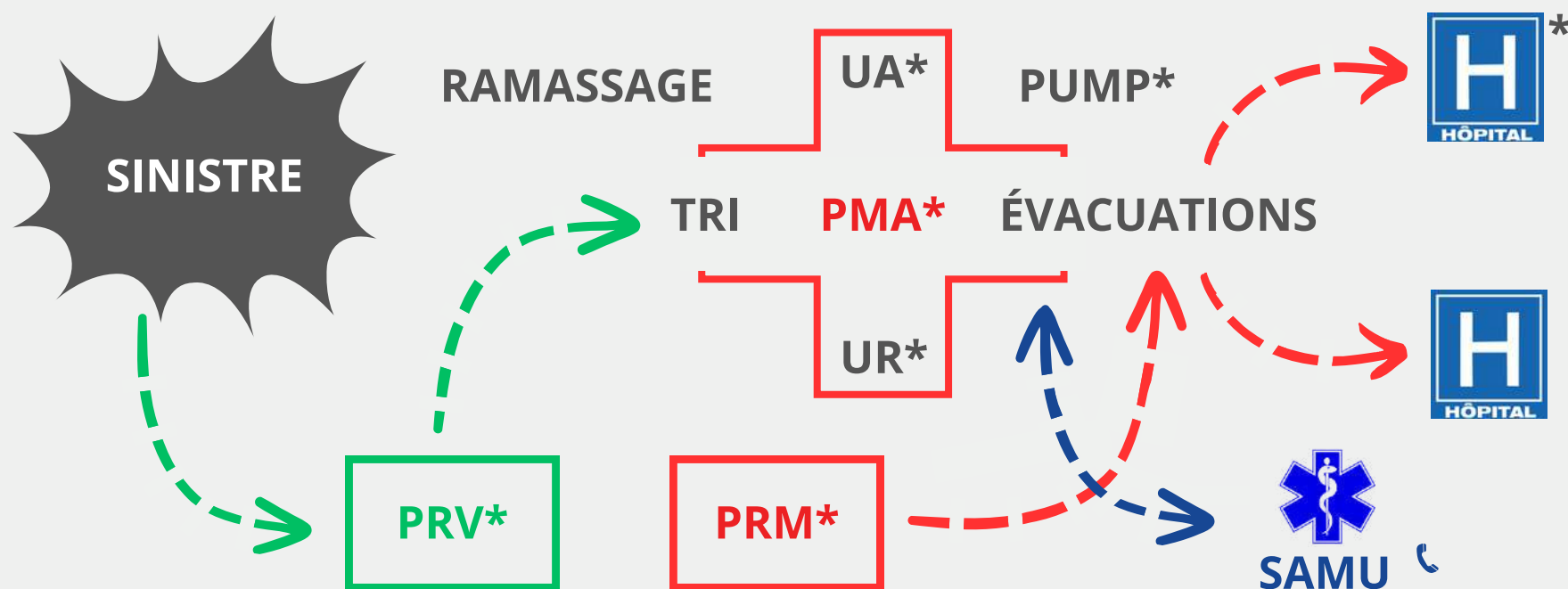
Comment réagir en cas d'alerte : rejoindre un bâtiment afin de se protéger et de s'informer à l'aide des antennes radio de France :

- si évacuation : rassembler un kit d'urgence et être prêt à partir ;
- si confinement : arrêter la climatisation, le chauffage, la ventilation et calfeutrer les ouvertures (fentes, portes, aérations, cheminées...)
- de façon générale : ne pas rester dans un véhicule, près des fenêtres, ne pas prendre l'ascenseur ou faire de flammes, ne pas boire l'eau du robinet et suivre les consignes éventuelles.

La fin de l'alerte sera annoncée par un signal continu de 30 secondes.

20. LES DISPOSITIFS ORSAN* ET ORSEC*

Le dispositif **ORSEC NOVI** (**O**rganisation de la **R**éponse de **S**écurité **C**ivile **N**ombreuses **V**ictimes) est destiné à organiser les moyens de secours en présence de nombreuses victimes.



UA/UR : Urgences **A**bsolues/**R**elatives - **PMA** : Poste **M**édical **A**vancé - **H** : Hôpitaux receveurs
PUMP : Poste des Urgences **M**édico-**P**sychologiques - **PRM** : Point de **R**assemblement des **M**oyens
PRV : Point de **R**assemblement des **V**ictimes

Le dispositif **ORSAN** (Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles) optimise la prise en charge des patients lors d'évènements graves tout en garantissant la continuité des soins des autres patients.

Dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle, le dispositif ORSAN coordonne les 3 secteurs sanitaires : ambulatoire, hospitalier et médico-social.

Il peut :

- Phase 1 : réorganiser l'offre de soins dans les 3 secteurs selon les priorités ;
- Phase 2 : renforcer les moyens locaux : en personnel, en lit...
- Phase 3 : déployer des moyens nationaux par la mobilisation de réservistes sanitaires, d'étudiants ou de retraités.

21. LE PLAN BLANC ET LE PLAN BLEU

1- Le Plan blanc d'établissement : chaque établissement de santé doit élaborer son plan blanc qui contient des mesures destinées à faire face à une situation sanitaire exceptionnelle ou à une activité accrue.

Il permet ainsi d'organiser l'accueil et la prise en charge des victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'une épidémie.

Il permet :

- la mise en place d'une cellule de crise ;
- l'organisation du tri et de l'accueil des malades ;
- le rappel ou le maintien sur place du personnel volontaire ;
- l'ajout de lit, le transfert ou la sortie anticipée de patients ;
- la déprogrammation des activités non urgentes ;
- le recours éventuel à des moyens associatifs...

2- Le Plan blanc élargi : est déclenché par le préfet en cas de crise exceptionnelle pour compléter le plan blanc en mobilisant les ressources au niveau du département.

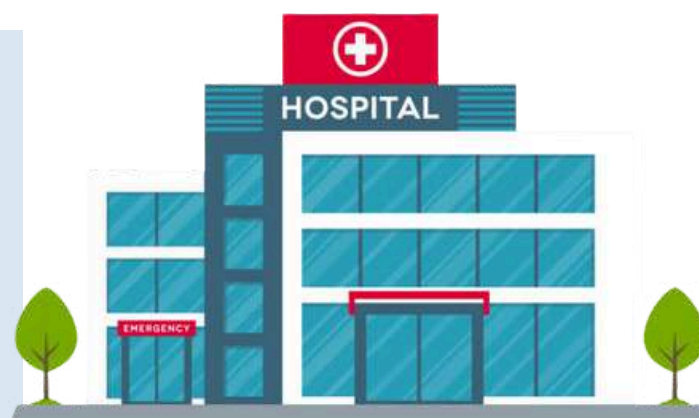
Il permet :

- d'organiser une campagne de vaccination exceptionnelle ;
- l'évacuation des établissements de santé.

3- Le Plan bleu : est l'équivalent pour les établissements médico-sociaux du plan blanc des établissements de santé. L'objectif est de préserver les résidents et le personnel en cas d'alerte.

Il permet :

- le confinement ou l'évacuation des résidents et du personnel ;
- l'accueil d'usagers en provenance d'autres établissements par exemple.



22. EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

1- Se protéger : certains réflexes permettent de se protéger et de sauver des vies en cas d'attaques terroristes :

Si les conditions le permettent :

- il faut d'abord s'enfuir, ne pas s'exposer ;
- si possible, aider d'autres victimes à quitter les lieux ;
- dissuader les gens de s'approcher du danger.

Si la fuite est impossible :

- se cacher, se barricader et s'abriter derrière un obstacle solide ;
- éteindre les lumières et couper son téléphone.

Une fois en sécurité :

- Appeler les numéros d'urgence, le 114 si l'on doit rester discret.

Quand les forces de l'ordre arrivent :

- ne pas courir vers elles, éviter les gestes brusques ;
- lever les mains, paumes ouvertes.



2- Porter secours, le concept du "damage control" : concept de prise en charge des victimes notamment des armes de guerres, d'explosions ou de catastrophes...

Damage contrôle signifie **"limiter les dégâts"**. Le principe consiste dans un premier temps à prodiguer les soins nécessaires pour assurer la survie du patient :

- réaliser les soins d'urgences et limiter : hémorragies, hypothermie...
- orienter rapidement les victimes vers les structures de soins adaptées.



Dans l'urgence, les structures de soins réalisent des prises en charge chirurgicales rapides des blessures qui, dans un second temps et hors urgences, pourront être de nouveau reprises au bloc chirurgical.

23. LES RISQUES NRBC'E

NRBC'E : **N**ucléaires **R**adiologiques **B**iologiques **C**himiques et **E**xplosifs.

Ils peuvent résulter :

- actes terroristes ;
- accidents industriels ;
- catastrophes naturelles ou pandémies...

1- Les risques collectifs "non contaminants" :

Le risque Radiologique : À de très fortes doses, les radiations peuvent provoquer des brûlures graves. À doses plus modérées, elles entraînent des cancers.

Pour se protéger, il faut :

- limiter la durée d'exposition ;
- s'éloigner de la source radioactive ;
- placer des écrans de protection entre le personnel et la source.

Le risque Explosif : La libération brutale d'énergie lors d'une explosion entraîne un effet de souffle (ou blast) responsable de lésions par :

- variation de la pression par l'onde de choc ;
- criblage par la projection de débris ou d'objets ;
- traumatismes, chutes, brûlures ou intoxications...

2- Les risques collectifs "contaminants" :

Les risques Nucléaire, Biologique et Chimiques comportent également des dangers de contamination susceptibles d'accroître le nombre de victimes.

Face à ces risques, les services de secours organisent sur les lieux de la catastrophe, la décontamination des victimes avant leurs prises en charge médicales au PMA.

Les personnels sont amenés durant ces interventions, à porter des tenues de protections spécifiques pour éviter d'être contaminé.

24. LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

1- Les CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

Elles ont pour mission la prise en charge médico-psychologique urgente des victimes de catastrophes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques.

Cette mission s'articule autour de différents axes :

- mettre en place un PUMP (poste d'urgence médico-psychologique) ;
- assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans le PUMP ;
- prodiguer des soins immédiats aux victimes et les évacuer ;
- dispenser des soins post-immédiats aux patients.

2- L'information des proches, l'annonce du décès :

Quelque soit le contexte, l'annonce du décès aux proches est un moment délicat pour tous les professionnels de santé.

Si la législation ne précise pas les modalités de l'annonce, il est d'usage de laisser cette tâche au médecin.

Les règles essentielles :

- le faire dans un lieu calme et accueillant ;
- expliquer les circonstances du décès avec des termes simples ;
- respecter la douleur et la tristesse puis répondre aux questions ;
- s'assurer de la compréhension des démarches à effectuer ;
- permettre aux proches de se recueillir si cela est possible ;
- s'assurer que les proches pourront soutenir les plus affectés par l'annonce.

Phases du deuil	Attitudes adaptées
Le refus ou le déni	Reformuler clairement l'annonce
La colère	Laisser s'exprimer la colère
La tristesse	Faire preuve d'empathie, de sympathie
L'acceptation	Aider à trouver de nouveaux repères

