



La santé est l'affaire de tous !



Journée du 22 novembre 2025
Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)

www.cpts-sudyvelines.fr

www.cptssy.fr

Une culture commune des SSE ?

TOUS RESPONSABLES

FACE AUX RISQUES, AGISSONS :
BIEN PRÉPARÉS,
BIEN PROTÉGÉS,
TOUS ENGAGÉS



BIEN PRÉPARÉS

BIEN PRÉPARÉS

—
Préparez-vous à faire face : vous et vos proches pourriez être amenés à faire face à une situation dans laquelle le fonctionnement ordinaire de la société serait perturbé.

4

BIEN PROTÉGÉS

BIEN PROTÉGÉS

—
Informez-vous sur les risques et les menaces et sur les comportements à adopter pour y faire face.

12

TOUS ENGAGÉS

TOUS ENGAGÉS

—
Mobilisez-vous en rejoignant les réserves et dispositifs de volontariat.

20



Programme

Matin : individuel

L'ACR : diagnostic et prise en charge

Le choc allergique

Crise & urgence en santé mentale, Premiers
Secours en Santé Mentale

Aspects médico-légaux

Pause déjeuner : convivial - susciter les
échanges

Après-midi: collectif

Les SSE : concept, plans, place de la CPTS

Ateliers pratiques 1 : ACR, DAE

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

Ateliers pratiques 2 : damage control,
immobilisation, atèles, tri,

Conclusions

Dr Gilles MISEREY



Véronique FRANCINI
Jessica HARANGER
Barthélémy SCHAAR
Ingré KEÏTA
Jean Louis MARION et son équipe
Estelle GALLE
Christophe MAROT
Fanta DIALLO KEITA
Marianne DELCOURT
Jocelyne THEYSSIER

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 irréversible 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



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 + DAE

oui

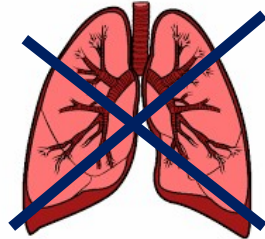
PLS

Si pas de suspicion
de trauma



INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS

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



A C R



PROTÉGER



ALERTER



SECOURIR



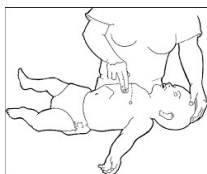
NOURRISSON

PETIT ENFANT

GRAND ENFANT

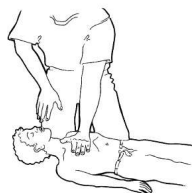
ADULTE

Compressions thoraciques poitrine dénudée sur un plan dur



Nourrisson

Compression avec 2
doigts
1/3 épaisseur du thorax

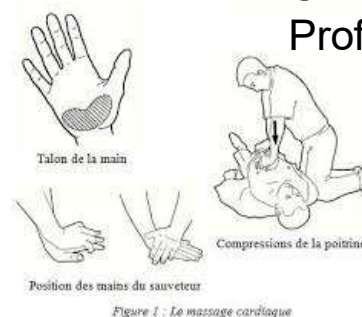


Enfant

Compression avec 1
main
1/3 épaisseur du thorax

Adulte / Grand Enfant

Compression avec 2 mains
Profondeur 5 à 6 cm



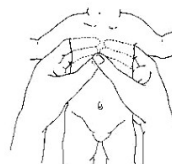
Fréquence des compressions 100 à 120 /mn tps compression = tps décompression régulier >> assurer débit cardiaque le plus normal possible

Insufflations STARTER

Vérification signes de vie



ALTERNANCE
15/2



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

ALTERNANCE
30/2

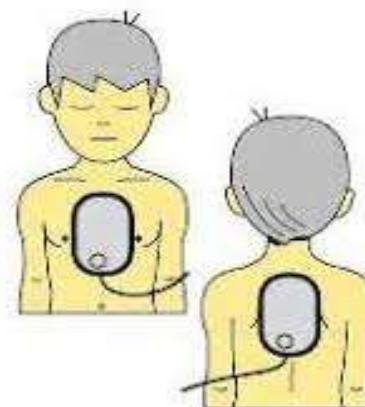
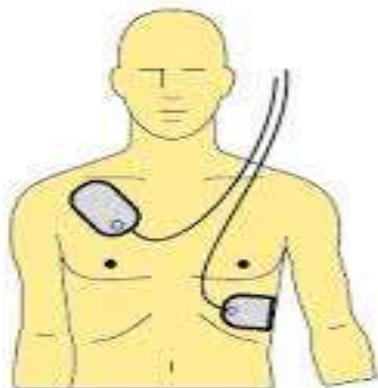


Si insufflation impossible réaliser compressions thoraciques seules : **alerter le SAMU**

SECOURIR



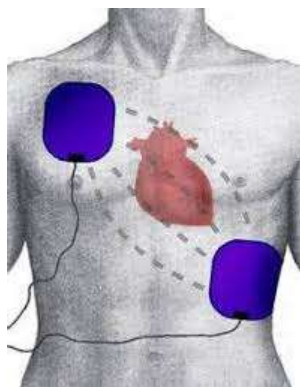
DSA



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








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 cœur 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> <p>Diminution du volume intra-vasculaire</p>
	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	<u>ADRÉNALINE IM</u> 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](#)

"Crise & urgence en santé mentale, Premiers Secours en Santé Mentale et recommandations pour agir"

Barthélémy SCHAAR

<https://www.alfapsy.fr/>

Gestions des urgences vitales : Aspects médico-légaux

Docteur Ingré KEÏTA
CPTS-SY

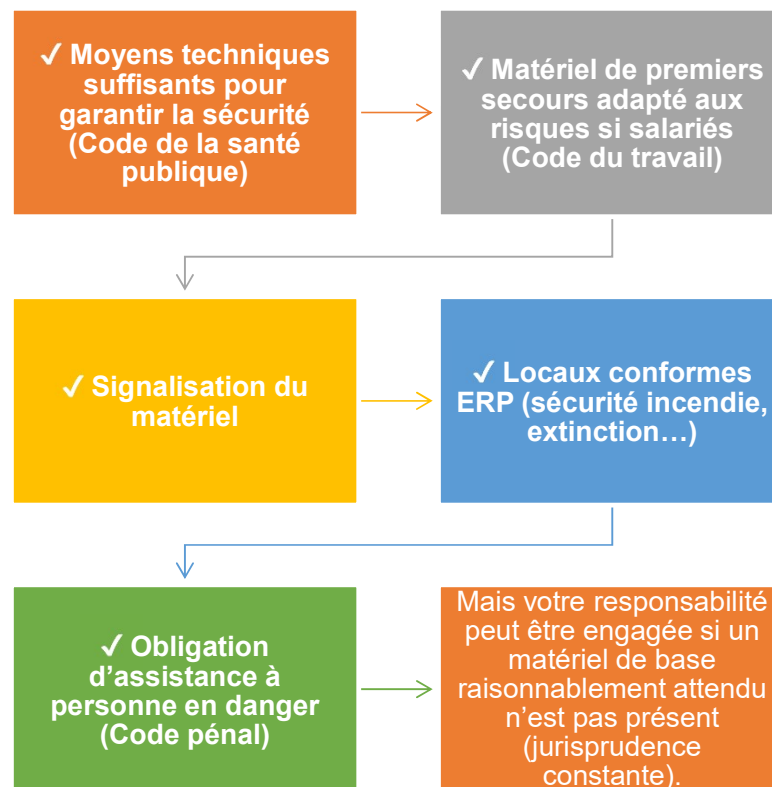
Obligations générales

Obligation
d'assistance à
personne en
danger (Code
pénal)

Obligation de
moyens adaptée à
la pratique

Connaissance et
respect des
organisations
locales de soins

Ce qui est obligatoire



Ce qui n'est pas imposé par la loi

- ✗ Liste précise de médicaments
- ✗ Trousse d'urgence "normée"
- ✗ DAE obligatoire
- ✗ Oxygène obligatoire

Matériel obligatoire et organisation



Trousse/chariot
d'urgence opérationnel



ADAPTE A LA
PRATIQUE



Accessibilité et
maintenance du matériel



DAE recommandé (non
obligatoire)— utilisation
légale par tous

Médicaments d'urgence recommandés (mais non légalement imposés)

Selon HAS + sociétés savantes + cohérence juridique (obligation de moyens).

Choc anaphylactique

Adrénaline IM (1 mg/mL, ampoules ou stylos)
Soluté salé 0,9 %
Antihistaminique injectable (phéniramine)
Corticoïde injectable (hydrocortisone)

Hypoglycémie sévère

Glucose 30 % IV
Glucose oral en gel

Crise d'asthme sévère

Salbutamol en spray + chambre d'inhalation
Ipratropium spray
Corticoïdes PO ou injectables

Crise convulsive

Diazépam rectal ou midazolam buccal / intranasal

Douleurs thoraciques / suspicion SCA

(si vous êtes MG, cardio, gériatre, interniste...)
Aspirine 250–300 mg (per os)
Nitroglycérine spray si pas de contre-indications
Oxygène uniquement si SpO₂ < 90 %

Œdème de Quincke / choc allergique

Adrénaline IM
Corticoïdes
Antihistaminiques

Hémorragie

Pansements compressifs
Garrot de secours
Acide tranexamique (optionnel)

Consentement & secret professionnel

En urgence vitale : intervention possible sans consentement

Secret professionnel levé uniquement pour organiser les secours

Information du patient/famille dès que possible

Exigences de traçabilité

Heure d'apparition des symptômes

Décisions, gestes réalisés, traitements

Heure et contenu de l'appel au 15

Transmission au service receveur

Civile : (dommages indemnisables) / **Pénale** (non-assistance, mise en danger) en cas d'accident grave dans le cabinet, si le praticien n'a pas "les moyens techniques suffisants", sa responsabilité pourrait être engagée.

Ordinale : manquements déontologiques : le non-respect des "moyens suffisants" peut être reproché dans le cadre du code de déontologie.

Importance du respect des protocoles

Recommandations pratiques

Affichage d'une procédure d'urgence dans le cabinet



Vérification mensuelle du matériel



Communication claire avec le 15



Mise à jour annuelle du protocole interne

Take home message

Bonnes pratiques recommandées

- **Avoir une trousse d'urgence adaptée à la pratique** dans le cabinet (même si la loi ne dicte pas précisément chaque item) : quelques seringues, des pansements, des compresses, des médicaments d'urgence (selon spécialité), des gants, etc.
- **Vérifier régulièrement le matériel** : dates de péremption, état des instruments, remplacement des consommables.
- Mettre en évidence et **signaler l'emplacement de la trousse** ou du matériel d'urgence dans le cabinet.
- **Former le personnel (et soi-même) aux gestes de premiers secours** et à l'utilisation des outils de la trousse.
- **Documenter l'inventaire de la trousse** (fiches, registre) pour pouvoir prouver en cas de problème que le matériel était disponible.
- **Considérer l'installation d'un DAE si le cabinet est à forte activité ou dans une zone plus à risque**, même si ce n'est pas légalement obligatoire — cela peut être une mesure de risque raisonnable.

Sources

- Code de la santé publique — obligations générales de l'exercice et moyens techniques.
- Ex. : Articles R.4127-71 et sous-section « Exercice de la profession » (moyens techniques suffisants). — Légifrance.
- Code du travail — matériel de premiers secours et signalisation.
- Articles R.4224-14 (matériel de secours adapté) et R.4224-23 (signalisation). — Légifrance.
- Code pénal — Obligation d'assistance à personne en danger.
- Article 223-6. — Légifrance.
- Haute Autorité de Santé (HAS) — Gestion des urgences vitales / recommandations et fiches pratiques (documents relatifs à l'évaluation et la prise en charge de l'urgence vitale en établissements et recommandations utiles pour organisation des urgences). — HAS.
- INRS — Matériel de premiers secours (guide / fiche juridique) : obligations pratiques pour l'entreprise (adaptation au risque, accessibilité, signalisation, entretien). — INRS.
- Ministère des Solidarités et de la Santé — informations officielles sur les Défibrillateurs Automatisés Externes (DAE) et bonnes pratiques (mise à disposition / maintenance / enregistrement). — Santé.gouv / Bulletins officiels.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins — guides/pratiques pour l'exercice en cabinet (sécurité, recommandations pour l'organisation du cabinet, fiches pratiques) (ex. « Guide pratique pour la sécurité des professionnels de santé », livret sécurité, documents & démarches). — CNOM.
- Cour de cassation — Jurisprudence importante (16 octobre 2024) : Cass. Civ. 1^{er}, 16 oct. 2024 (renversement de la charge de la preuve en cas d'insuffisance d'informations dans le dossier médical — impact sur responsabilité et nécessité de respecter recommandations/procédures). — Légifrance (Jurisprudence).
- Publications juridiques / analyses récentes sur l'évolution de la responsabilité médicale et la charge de la preuve (commentaires d'arrêt — ex. Village-Justice, Dalloz, cabinets d'avocats spécialisés en droit de la santé). (utile pour contexte et interprétation juridique).
- Recommandations professionnelles & fiches pratiques de sociétés savantes / associations (exemples) : documents pratiques sur le contenu d'une trousse d'urgence en cabinet (propositions de contenu, argumentaires pour médecin généraliste). Ex. KitMedical / KitMédecin, congrès ou fiches SASPAS (présentations) — ces documents sont utiles pour la construction d'une check-list mais ne valent pas texte légal.
- Ressources officielles relatives à la sécurité des locaux ERP (cabinet libéral considéré comme ERP de 5e catégorie) — guides régionaux / DDT / préfectures et documents d'aménagement / sécurité incendie applicables aux cabinets. (guides locaux et documents ordre/départements).
- Bulletins & notes officielles récentes (2024–2025) sur bonnes pratiques de sécurité, gestion des matériels, DAE et maintenance — Bulletins officiels / DGS / ministères (ex. note DGS sur DAE 2025). — Bulletins officiels / sites ministériels.

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

*S'adapter n'est pas s'improviser
Information plus que formation*

Dr Véronique FRANCINI
Médecin de crise CH rambouillet et CPTS



GSSE

Gestion de Situations Sanitaires Exceptionnelles (1)

Définition SSE : Toute situation conjoncturelle susceptible d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins :

- **Cinétique rapide** : attentat, tuerie de masse, déraillement, crash aérien en zone urbaine, etc
- **Cinétique lente** : épidémie ou épisode climatique provoquant des tensions dans l'offre de soins
- **Autres SSE** par leur potentiel particulier : accident nucléaire, chimique, biologique, et cyber...

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



Se préparer à 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

GSSE

Gestion de Situations Sanitaires Exceptionnelles (2)

Comment : INSTRUCTION MINISTERIELLE 16/12/2022 / DGS



- Plans de secours spécifiques (NOVI – AMAVI – ORSEC ORSAN..)
Plan **NOVI** : Adaptation au flux, classification/tri des blessés, Damage Control pré- hospitalier
Plan **AMAVI** : Organisation hospitalière
- **Coordination et organisation** inter services indispensable
- Dispositifs gradués et coordonnés au niveau territorial-régional-national

Plans ORSAN révisés



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



SSE de cinétique rapide



° Témoin alerte → **15 / 18 / 112**



Que fera le SAMU dès réception d'une alerte

- **Réception de l'Alerte SAMU: 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
 - Afflux massif victime : il faut faire vite !!
 - Elargir la réponse médicale pour couvrir au max le terrain: utiliser toutes les structures de soins disponibles
- **Quel que soit le plan il faut s'adapter !!**

*Les plans ne sont que des boites à outils de la réponse
S'appuyer sur l'expérience*



Déclenchement du Plan NOVI

Ancien nom : Plan rouge

Organisation de secours sur site

- ° **SAMU** Déclenche plan de secours de type NOVI et AMAVI
Alerte Instance préfectorale : **COD** cellule de crise en préfecture
Mise en place du **PC Opérationnel** sur site : DSM et DS
Engage les moyens de secours adaptés terrestres aériens :
SMUR /VSAB/ Hélico sécurité civile /...
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)

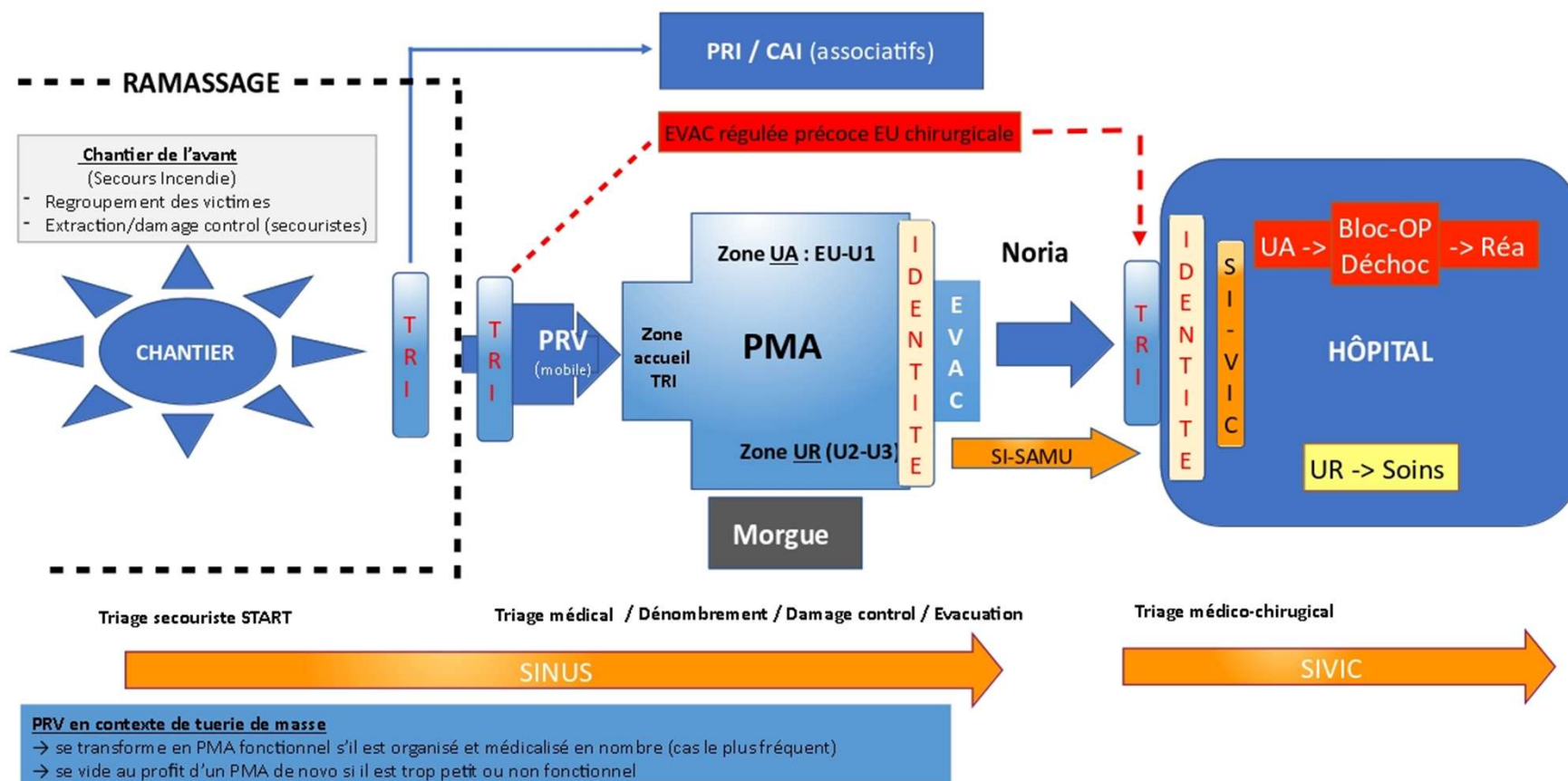




Fiche pratique

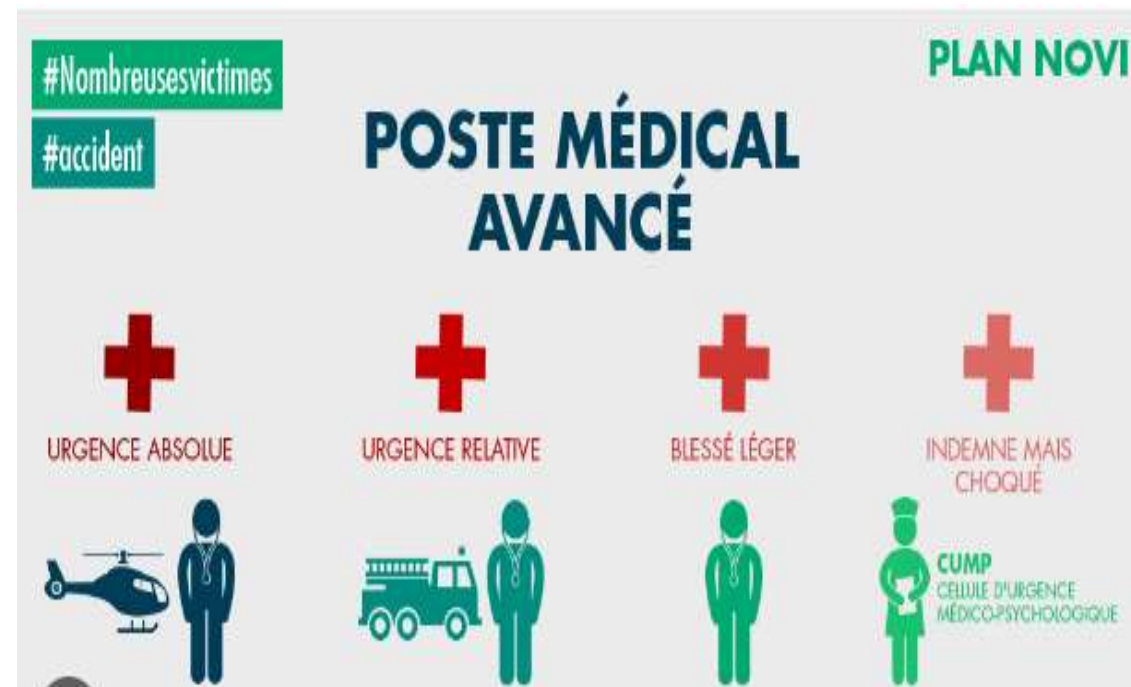
Fiche opérationnelle
SSE n°1

PRINCIPES DU TRIAGE EN PRE-HOSPITALIER



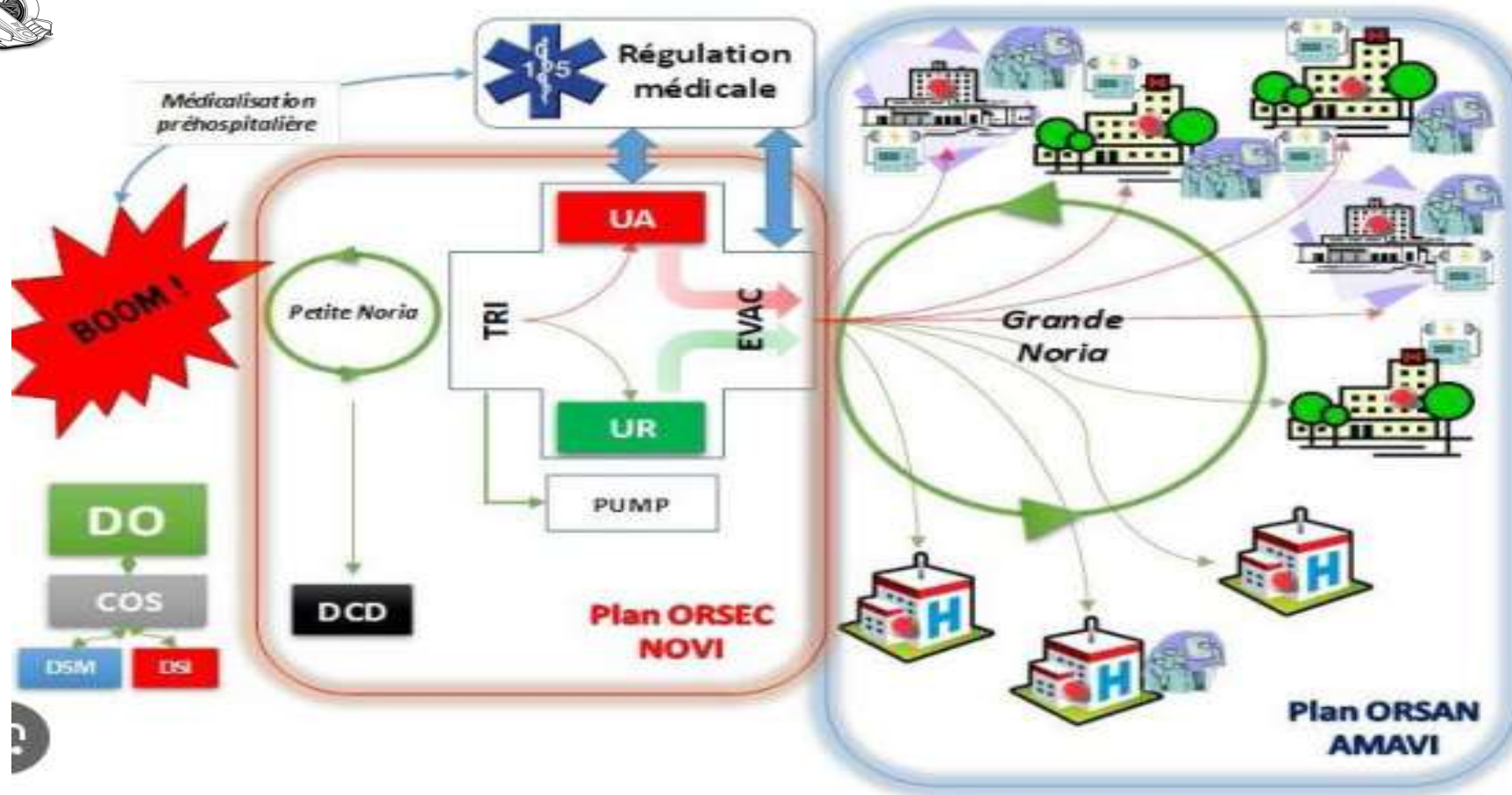


PMA : mise en place du Poste Médical Avancé (plusieurs si besoin)





Petite NORIA → Grande NORIA vers les Hôpitaux





Plan ORSAN-AMAVI :

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



Pré requis

- **Connaissance des plans de secours en place**
- **Gestion de l'appel automatisé**
- **Zones d'Accueil et Diagnostic 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...)



Articulation NOVI ORSEC / AMAVI ORSAN (régulation)

Fiche
SSE n°2

Articulation ORSEC NOVI / ORSAN AMAVI



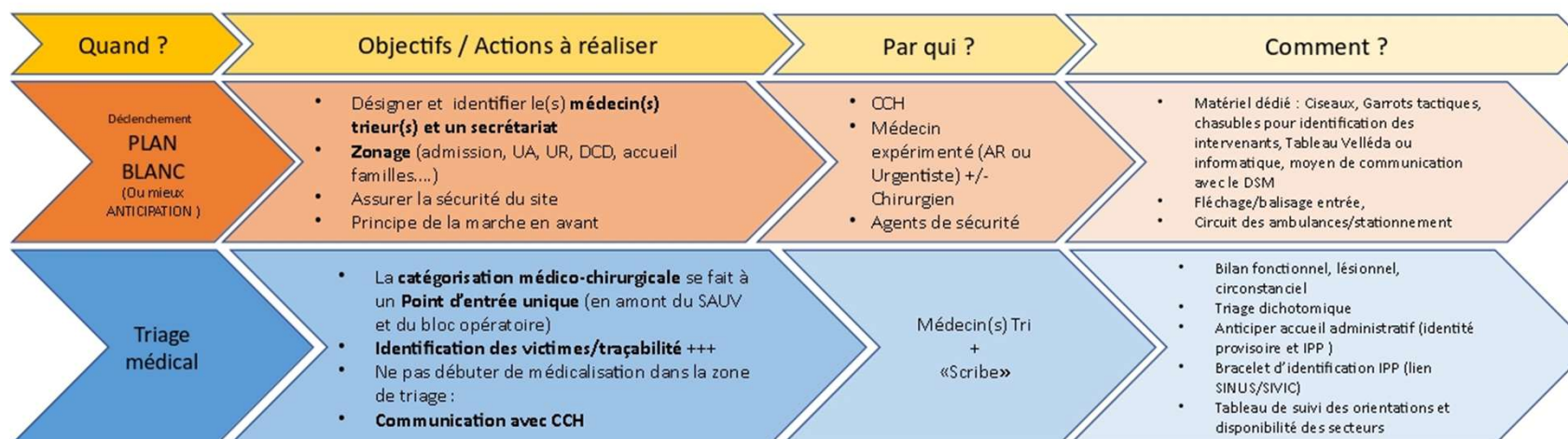
Définir l'impact sur les ES pour dimensionner leur réponse

Typologie des victimes =

- NOVI conventionnel : 25% d'UA et 75% d'UR
- NOVI balistique : 40 à 60 % UA chirurgicale / chirurgie Damage Control
- Novi FEU : Traumatisés sévères / Brûlés / Intox
- NRBC: impact du transfert de contamination sur les soignants et ES

Régulation individuelle → Régulation « collective »

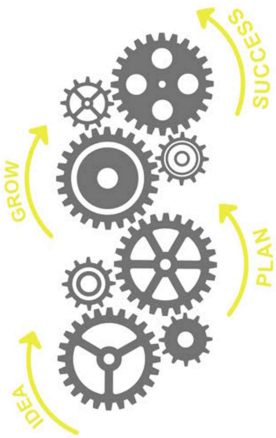
	ORSEC NOVI	AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU)	ORSAN AMAVI
Objectif	Organisation pré hospitalière Direction des secours médicaux Gestion premiers soins et soins spécialisés aux victimes Catégorisation, dénombrement et identification (SINUS)	Interface entre les deux dispositifs Engagement des personnels médicaux pour médicalisation PRV/PMA et évacuation Evaluation des capacités de soins adaptés Régulation des évacuations	Déclenchement Plan Blanc AMAVI (SSE) Identification et suivi des admissions dans ES → outil SIVIC
Par qui	Préfecture , SDIS, Soins médicaux publics, privés, associatifs	SAMU (PC Crise du SAMU/ SMUR, Unité Mobile de Régulation)	Directeur hôpital (CCH, DMC)
Comment	Engagement rapide des moyens adaptés en ressources humaines et logistiques Organisation et coordination sur place Prise en charge des nombreuses victimes Evacuations adaptées au capacitaire des établissements	Gestion médicale spécialisée sur les lieux Alerte services premier front des ES (bloc, SAU, déchocage) Analyse du capacitaire réel des établissements Coordination des évacuations Création événement SIVIC	Augmentation de capacitaire et soins adaptés - Identifications points de rupture - Mise en place des flux et gestion logistique



EU = Urgence Extrême	UA = < 6H	UR avant 18H	Expectant
<ul style="list-style-type: none"> - Choc hémorragique non contrôlé - Asphyxie d'origine maxillo-faciale, cervicale, thoracique - Polytraumatisme avec au moins une lésion vitale 	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie contrôlée sans choc (garrot) - Abdomen ou thorax sans choc - Brûlé > 30% - Fracas de membre, Fracture ouverte - Coma traumatique avec signes neuro si non fait - Plaie crânio-cérébrale avec CGS > 8 	<ul style="list-style-type: none"> - Fracture fermée de membre - Blessure ORL, OPH, Face (UA si OPH bilatéral) - Brûlure 15 à 30% - Plaies superficielles 	<ul style="list-style-type: none"> - Brûlure 3ème degré > 50% - Plaie crânio-cérébrale avec CGS < 8



Place des PDS de ville



En phase immédiate : PAS (protéger/alerter/secourir)

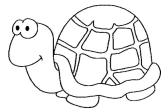
- Alerter le 15
- Savoir attendre les équipes médicalisées et de secours (danger si attentats)
- Prise en charge immédiate de proximité:
 - Damage contrôle des UA
 - Lutter contre hypothermie

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

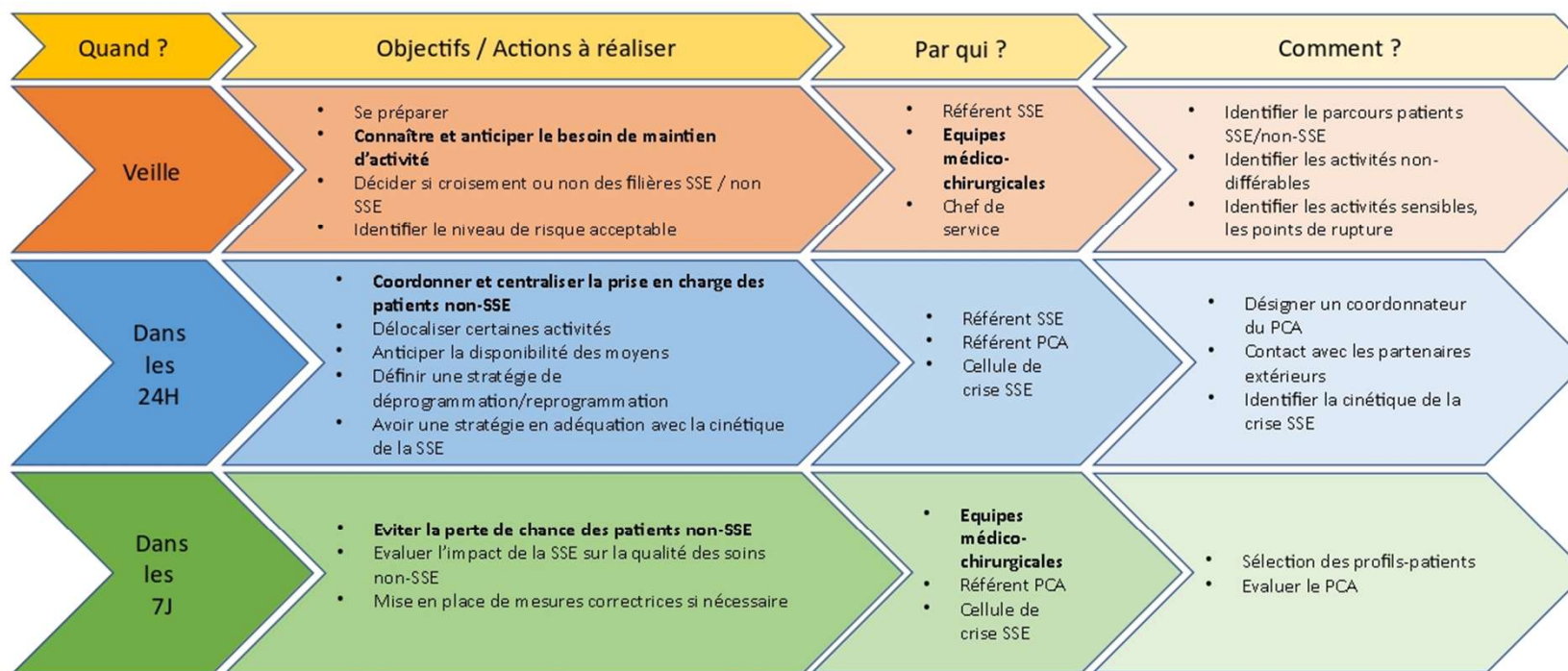
SSE cinétique lente (RETEX Covid 19)



Plan Orsan Epiclim – Plan blanc
Plan maintien d'activité
Capacitaire à adapter selon flux



Renfort capacitaire hospitalier pour malade debout
(réorienter le flux)
Continuité des soins de ville (y compris aller vers)
Si confinement, livraison de médicaments à domicile
Déploiement de centres de diagnostic et de vaccination



Et la CPTS Sud Yvelines dans tout ça ?

Dossier gestion des SSE

Boîte à outil complète
Annuaire de toutes les
ressources du territoire

Matériel

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

Formations effectuées

Mars et nov 24, nov 25

Simulation

Activation cellule de crise

Formation qualifiante 2026 - 2027

Si besoin : lieu de distribution et point
communication de crise

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

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

Stock CPTS

Protection individuelle			
	Masques chirurgicaux (boîtes de 50)	50	2500
	Masques FFP2 (boîtes de 30)	84	2520
	Sur blouse pack de 100	10	1000
	Gants latex non stériles M boîte de 100	30	3000
	Gants latex non stériles L boîte 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) boîte de 200	25
	Compresses non stériles (5x5) boîtes de 100	25
	Pansements américains Zetuvit 10x10 (boîte 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

Fiche action canicule

CPTS Sud Yvelines Canicule

Adoptez les bons réflexes !
Protégez-vous et prenez soin de vos proches.
Je suis particulièrement vulnérable si je suis enceinte, j'ai un bébé, je suis une personne âgée, je suis malade.

LES BONS GESTES

- ▶ **JE M'HYDRATE**
Minimum 1,5 l d'eau/jour
Eviter sodas, café, alcool
- ▶ **Je mange en quantité suffisante**
Repas légers et frais (légumes et fruits)
- ▶ **Je me protège à l'extérieur**
Crème solaire, chapeau, lunettes de soleil
- ▶ **J'évite les efforts physiques**
Pas d'activités sportives
Au travail, éviter les heures chaudes (12h-16h), faire des pauses à l'ombre, adapter les outils pour limiter la chaleur.
- ▶ **Je reste au frais**
Maintenir les rideaux et volets fermés en journée.
Aérer matin ou soir.
Se rafraîchir (douche, ventilateur, brumisateur, climatisation).
Privilégier les lieux climatisés.
- ▶ **Je suis attentif aux plus fragiles**
Prendre régulièrement des nouvelles des personnes âgées, isolées ou malades.
Contactez le CCAS au 01 34 83 84 18 pour signaler les personnes fragiles.

LES SIGNAUX D'ALERTE

- ▶ Crampes
- ▶ Fatigue inhabituelle
- ▶ Maux de tête
- ▶ Fièvre > 38°
- ▶ Vertiges/Nausées
- ▶ Propos incohérents

RÉAGIR

EN CAS DE MALAISE
Mettre la personne à l'ombre, enlever les vêtements superflus, asperger d'eau fraîche.
Appeler le 15 (SAMU)

Communauté Professionnelles Territoriale de Santé Sud Yvelines
Cptssy.fr

- Prévention : *identifier les personnes vulnérables via une campagne de communication avant l'été* ➡ *Inscription sur registre CCAS*
- 4 niveaux d'alerte ARS : ● ● ● ●
- CPTS : communication vers les PDS libéraux et remontée d'information
- En développement : dispositif de coordination léger (mini cellule de crise) via un groupe Whatsapp avec des représentants de la CART, mairies, CCAS, CH Rambouillet et CPTS.

DGS 2024 - Note technique de cadrage « Formation des professionnels du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles »

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) exercent une mission socle sur la réponse aux crises sanitaires graves, D'autres structures, constituant des équipes de soins primaires: maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou centre de santé (CDS) participent également à la réponse des soins de ville aux SSE.

Dans ce cadre, la structure :

- Inscrit la FGSU SSE dans son plan de formation au titre de son plan SSE de ville ;
- Détermine, le cas échéant, ses besoins en référents SSE (NB : chaque structure doit disposer à minima d'un référent SSE)
- Identifie les personnels devant être formés aux différents modules de la FGSU SSE pour assurer la réponse opérationnelle de la structure en situation sanitaire exceptionnelle : il nous faut trouver 1 volontaire par collègue
- Définit, en liaison avec le CESU territorialement compétent, les modalités de réalisation des formations pour ses personnels.
- Tient à disposition de l'ARS la liste des référents et personnels formés.



De l'éducation en santé
à l'apprentissage des soins complexes

ADHÉRER / SE CONNECTER



L'ANCESU

RESSOURCES

FORMATIONS

VOTRE CESU

EN PÉDAGOGIE AUX SITUATIONS D'URGENCE AUX SITUATIONS D'EXCEPTION

AUX SITUATIONS D'EXCEPTION

Recherche par :
Intitulé de formation

Aller

Département
Ancesu

Les formations proposées

AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle (annexe 03)

Prise en charge d'une urgence collective en préhospitalier

Les CESU(S) suivants proposent cette formation :

CESU 02 CESU 08 CESU 13 CESU 17 CESU 21 CESU 26 CESU 29 CESU 31
CESU 34 CESU 34 CESU 37 CESU 51 CESU 54 CESU 55 CESU 59
CESU 61 CESU 63 CESU 65 CESU 67 CESU 69 CESU 74 CESU 76A
CESU 80 CESU 83 CESU 83 CESU 88

[FAQ]

Trouvez les réponses à vos questions.

[NEWSLETTER]

Retrouvez la newsletter ANCESU [...]

[CONGRÈS]

Retrouvez les événements ANCESU [...]

[TUTORIELS AFGSU 2]

Quand vient le temps des tutoriels [...]

ANCESU

Route de Conty - Salouël
80054 AMIENS CEDEX 1
04 50 63 61 03

AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle (annexe 04)

Prise en charge d'un afflux massif de victimes non
contaminées en établissement de santé

Les CESU(S) suivants proposent cette formation :

CESU 02 CESU 05 CESU 08 CESU 13 CESU 17 CESU 21 CESU 26 CESU 29
CESU 31 CESU 34 CESU 34 CESU 37 CESU 51 CESU 54 CESU 55
CESU 59 CESU 61 CESU 63 CESU 65 CESU 67 CESU 69 CESU 74
CESU 80 CESU 83 CESU 83

AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle (annexe 05)

Stratégie médicale de «damage control»

Les CESU(S) suivants proposent cette formation :

CESU 02 CESU 08 CESU 10 CESU 13 CESU 21 CESU 30 CESU 31 CESU 34
CESU 34 CESU 37 CESU 39 CESU 44 CESU 54 CESU 55 CESU 56
CESU 56 CESU 59 CESU 63 CESU 67 CESU 69 CESU 74 CESU 76A
CESU 83 CESU 83 CESU 89 CESU 91

AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle (annexe 06)

Urgences médico-psychologique

Les CESU(S) suivants proposent cette formation :

CESU 13 CESU 17 CESU 21 CESU 31 CESU 34 CESU 34 CESU 37 CESU 63
CESU 67 CESU 69 CESU 74 CESU 84

AFGSU en situation sanitaire exceptionnelle (annexe 07)

Décontamination hospitalière d'urgence et moyens de
protection individuels et collectifs NRC

Les CESU(S) suivants proposent cette formation :

CESU 02 CESU 08 CESU 13 CESU 21 CESU 22 CESU 22 CESU 22 CESU 26
CESU 27 CESU 29 CESU 31 CESU 34 CESU 34 CESU 37 CESU 40
CESU 50 CESU 54 CESU 55 CESU 59 CESU 61 CESU 63 CESU 67
CESU 69 CESU 71 CESU 74 CESU 77 CESU 80 CESU 83 CESU 84
CESU 86 CESU 87 CESU 95

04 50 63 61 03

secretariatancesu@gmail.com

AGENDA DE L'ANCESU

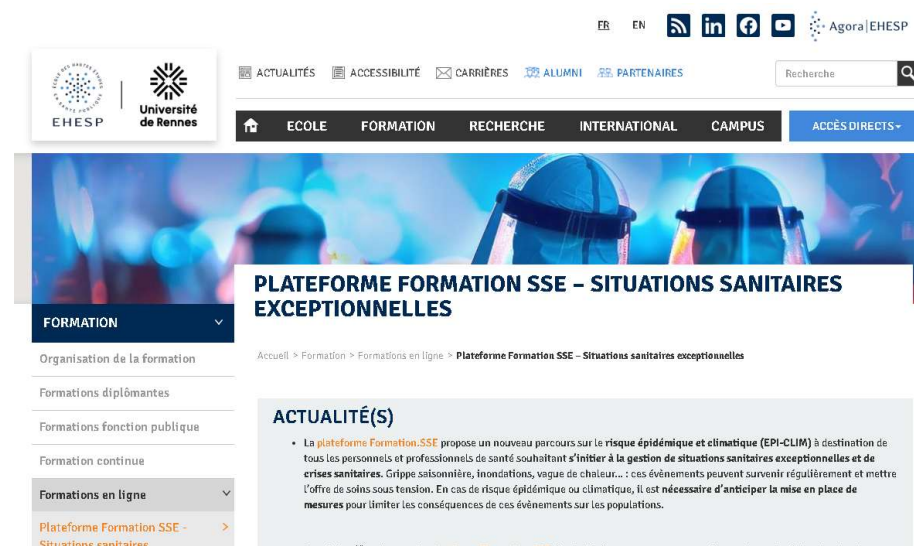
- 12/11/25** Connaissances et
réhabilitation du formateur
AFGSU (Actualisation)
CESU 83
- 20/11/25** Connaissances et
réhabilitation du formateur
AFGSU (Actualisation)
CESU 81
- 24/11/25** Formateur GSU
CESU 31
- 28/11/25** Connaissances et
réhabilitation du formateur
AFGSU (Actualisation)
CESU 13
- 19/12/25** Connaissances et
réhabilitation du formateur
AFGSU (Actualisation)
CESU 13
- 08/01/26** Formateur GSU
CESU 34
- 08/01/26** Formateur GSU
CESU 38
- 12/01/26** Formateur GSU
CESU 29
- 12/01/26** Formateur GSU
CESU 38
- 19/01/26** Formateur GSU
CESU 31

ACTUALITÉ DE L'ANCESU

- 12/11/25** Journée SFMC du 12
novembre 2025 NRBC - Du
terrain à l'hôpital : que nous
manque-t-il ?
- 11/06/26** MRMI Grenoble 2026 -11 au 13
juin

<https://www.ehesp.fr/formation/formations-en-ligne/platforme-formation-sse-situations-sanitaires-exceptionnelles/>

À la demande de la Direction générale de la santé, l'EHESP a développé la plateforme en ligne Formation SSE destinée à anticiper et gérer les crises sanitaires, accessible à tous les professionnels du système de santé. Gratuite, et modulaire +++



Lexique

Fiches SSE
Annexe

Lexique

A

AMAVI : Afflux MASSif de Victimes
AR : Arrêt Respiratoire
ARS : Agence Régionale de Santé

B

BAL : British Anti-Lewisite

C

CAI : Centre d'Accueil des Impliqués
CCH : Cellule de Crise Hospitalière
CME : Centre Médical d'Evacuation
CIP : Cellule d'Information du Public
CS : Cadre de Santé
CUMP / PUMP : Cellule / Poste d'Urgences Médico-Psychologique

D

DTPA : Acide Diéthylène Triamine Penta Acétique
DC : *Damage Control*
DG : Directeur de Garde
DMC : Directeur Médical de Crise
DO : Directeur des Opérations (Préfet)
DSM : directeur des secours médicaux
DTPA : acide Diéthylène Triamine Penta Acétique

E

ECMO : ExtraCorporé
EER : Epuration Extra

EPI : Equipement de Protection Individuelle

ES : Etablissement de Santé

ESR : Etablissement de Santé de Référence

EU/UE : Extrême Urgence

EVAC : EVAcuation des victimes régulée par le SAMU

F

FMA : Fiche Médicale de l'Avant

I

IDe : Infirmier Diplômé d'Etat
IN : Infection Nosocomiale
ISO : Infection de Site Opératoire

N

NOP : Neurotoxique OrganoPhosphoré
NOVI : NOmbreuses VICTimes
NRC : Nucléaire – Radiologique – Chimique

O

ORSAN : Organisation du système de SANTé en situations sanitaires exceptionnelles
ORSEC : Organisation de la SEcurité Civile

P

PCA : Plan de Continuité d'Activité
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PEC : Prise En Charge
PMA : Poste Médical Avancé

PRI : Point de Rassemblement des Impliqués

PRV : Point Rassemblement des Victimes

R

REB : Risque Epidémiologique et Biologique
RETEX : RETour d'EXpériences
RMM : Revue de Morbi-Mortalité

S

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SINUS : Système d'Information Numérique Standardisé
SI SAMU : Système d'Information SAMU interface Sinus Sivic
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SI-VIC : Système d'information pour le suivi des patients
SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

U

UA : Urgence Absolue
UR : Urgence Relative

Z

ZAC/ZC : Zone d'Accès Contrôlé
ZE : Zone d'Exclusion
ZS : Zone de Soutien



SSE fiches2023 - 06.jpg

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





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 MÉDICALE 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

twitter : @gouvernementFR



gouvernement-fr.tumblr.com

Site

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



PERTE DE CONNAISSANCE Position Latérale de Sécurité



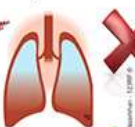
La victime est exposée à des difficultés respiratoires graves si elle reste sur le dos.

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.



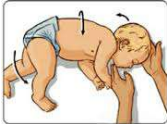

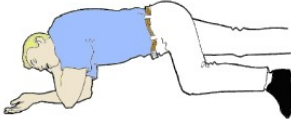


METTRE EN P.L.S.

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



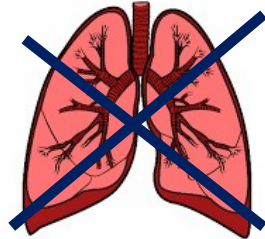
INCONSCIENT QUI RESPIRE

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			



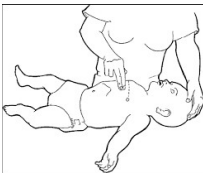

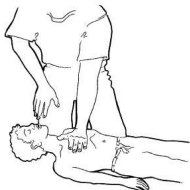


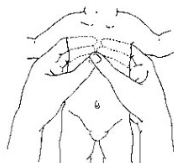
INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS

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



A C R

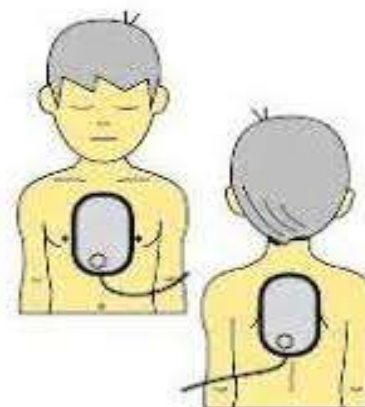


NOURRISSON	PETIT ENFANT	GRAND ENFANT	ADULTE
Compressions thoraciques poitrine dénudée sur un plan dur			
	<p>Nourrisson Compression avec 2 doigts 1/3 épaisseur du thorax</p>	<p>Adulte / Grand Enfant Compression avec 2 mains Profondeur 5 à 6 cm</p> 	
	<p>Enfant Compression avec 1 main 1/3 épaisseur du thorax</p>	<p>Figure 1 : Le massage cardiaque</p>	
Fréquence des compressions 100 à 120 /mn tps compression = tps décompression régulier >> assurer débit cardiaque le plus normal possible			
<p>Insufflations STARTER</p> <p>x5</p> <p>Vérification signes de vie</p> 		<p>APPEL SAMU (seul) avant début massage</p> 	
<p>ALTERNANCE 15/2</p> 		<p>ALTERNANCE 30/2</p>	
Si insufflation impossible réaliser compressions thoraciques seules : alerter le SAMU			

SECOURIR



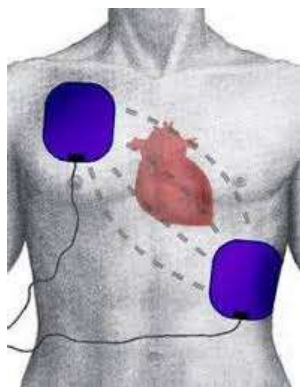
DSA

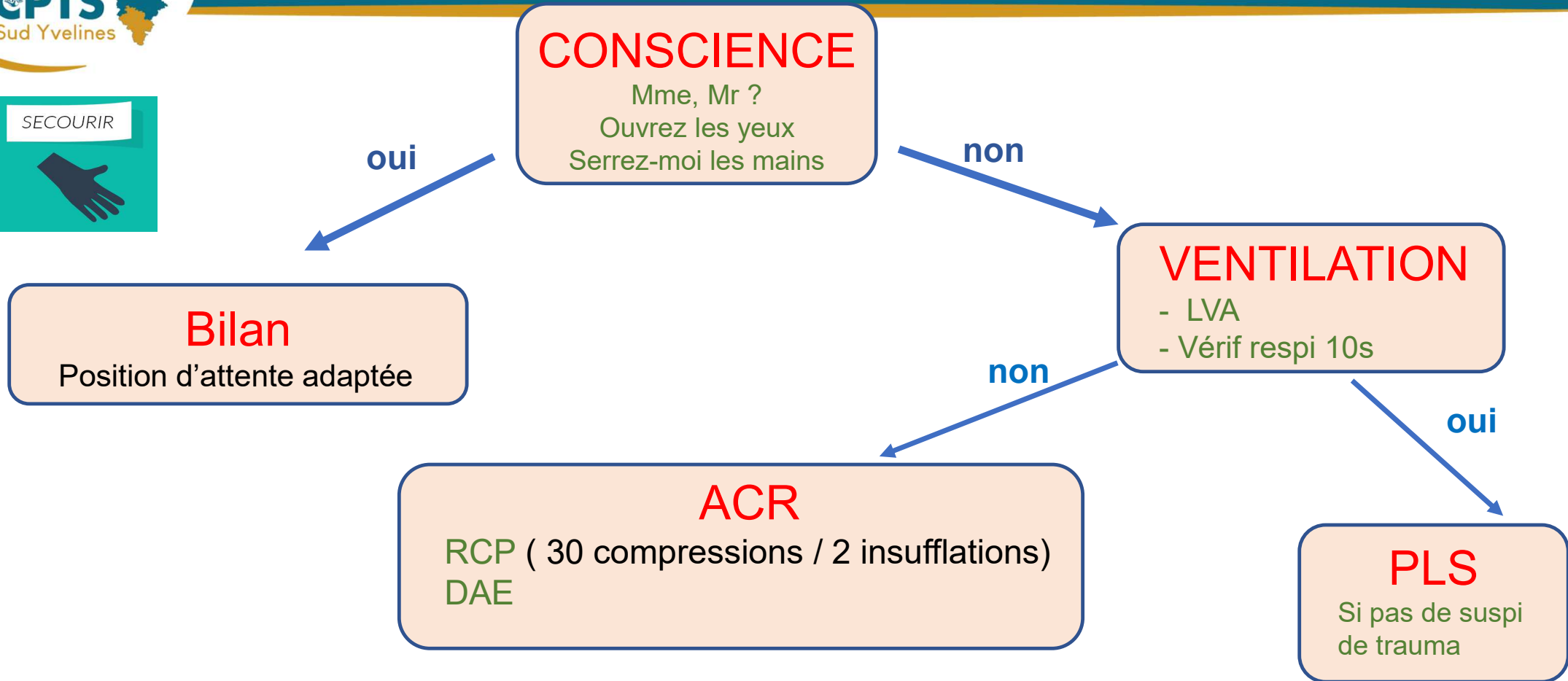


Onde Bi phasique →

- 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







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

protection	Eloigner du feu ou du produit irritant		
refroidissement	Au moins 10 min Idéal 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	1/2 assis	O2	
Paramètres vitaux	Bilan brulure	Localisation, étendue, profondeur	vaccination
Soins d'urgence selon compétence	Vvp Intubation ...		



LE DAMAGE CONTROL

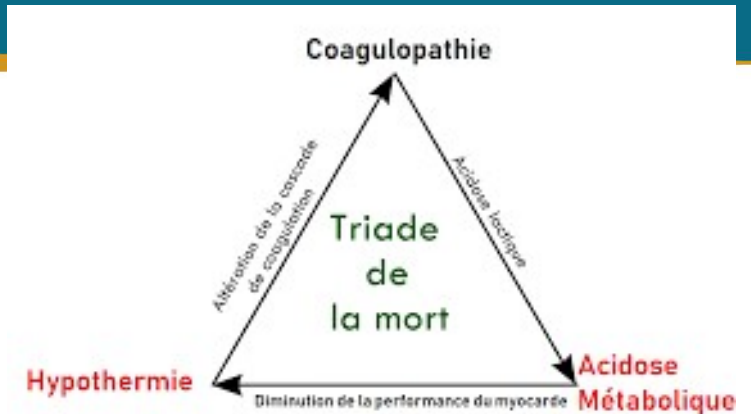
- En milieu médical, le damage control est une **approche globale pluridisciplinaire qui commence en préhospitalier et se poursuit au bloc opératoire par une chirurgie de sauvetage minimaliste** (avec reprise à distance si nécessaire).
- Concept global du damage control = **lutter contre la triade létale**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

- Coagulopathie
- Hypothermie
- Acidose





Le damage



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)

SECOURIR



Le damage control



Acide tranexamique
(antihémorragique)



Pansement compressif
israélien



Garrot
tourniquet



Pansement
hémostatique

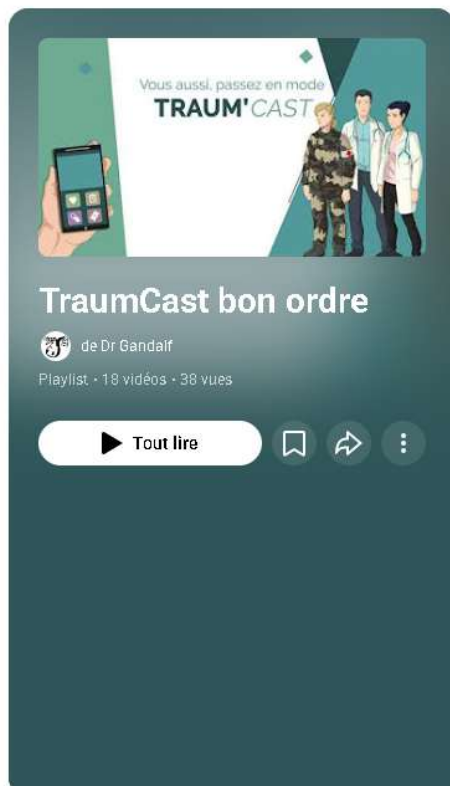
Garrot pneumatique










SPECIFICITES SOIGNANTS

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



- 1  **Teaser Traum'cast**
Service de santé des armées • 3,7 k vues • il y a 5 ans
- 2  **Traum'Cast - Episode 1 - Introduction**
Service de santé des armées • 10 k vues • il y a 5 ans
- 3  **Traum'Cast- Episode 2 : Le blessé par arme de guerre**
Service de santé des armées • 10 k vues • il y a 5 ans
- 4  **Traum'Cast- Episode 3 : Les gestes de sauvetage immédiats**
Service de santé des armées • 12 k vues • il y a 5 ans
- 5  **Traum'Cast- Episode 4 : afflux massif et triage**
Service de santé des armées • 6,5 k vues • il y a 5 ans

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLjGQhw9guqqABaJwKloa1gD8bG3KBiFVs>



SPECIFICITES SOIGNANTS

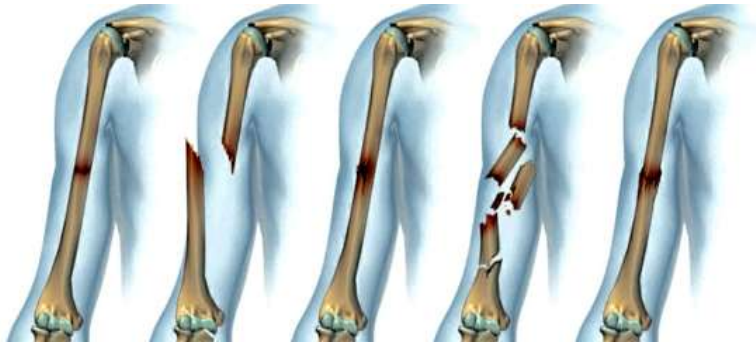
- Oxygénation Masque Haute Concentration 15L/min pour hémorragie
- Pose de VVP , remplissage, acide tranexamique selon protocole ...



LES TRAUMATISMES

3 types de trauma osseux et articulaires

FRACTURE



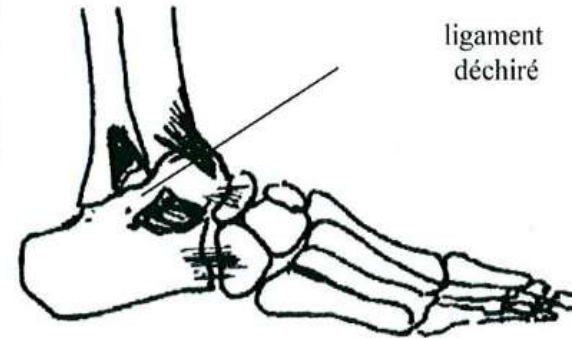
LUXATION

Articulation
déboîtée



ENTORSE

ligament
déchiré





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



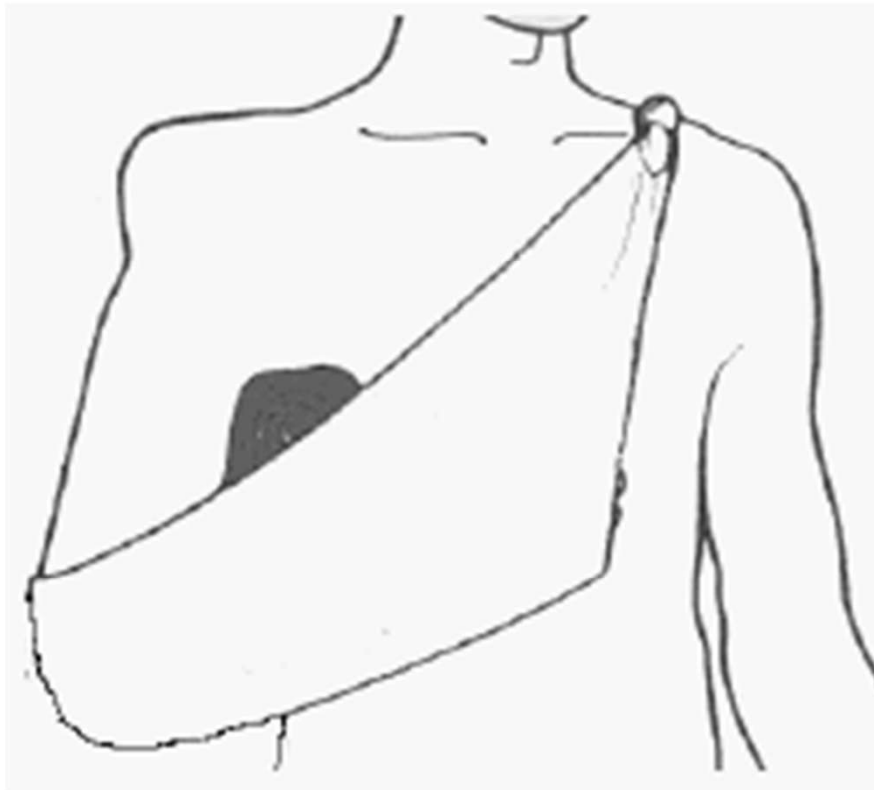


TRAUMA BRAS, EPAULE





TRAUMA EPAULE + DEFORMATION



LE TRAUMATISME CERVICAL

LE MAINTIEN TETE



La CUMP des Yvelines

QUI ? QUOI ? COMMENT ?

Estelle GALLE
Référente CUMP – SAMU 78
Psychologue



Programme

Qu'est-ce que la CUMP ?

A light purple arrow pointing downwards from the first box to the second box.

Son fonctionnement

A light purple arrow pointing downwards from the second box to the third box.

Ses prises en charges

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 Départementale renforcée

Réseau Régional, National ...

5 Permanents à temps partiel

Psychologue référente **Estelle GALLE**

Psychologues **Fernando VADILLO**

Nolwenn LE VELLY

IDE **Virginie BLANCHART**

Anaïs GOHORY



80 Volontaires



« 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 CROCQ

L'évènement à potentiel traumatique

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



DÉCLENCHEMENT

Appelants:

Patients
Institution
Médecins
Sapeurs
pompiers
Préfecture
ARS



Médecin
régulateur
SAMU

Coordonnateur
CUMP

SMUR



Catastrophe de grande
ampleur

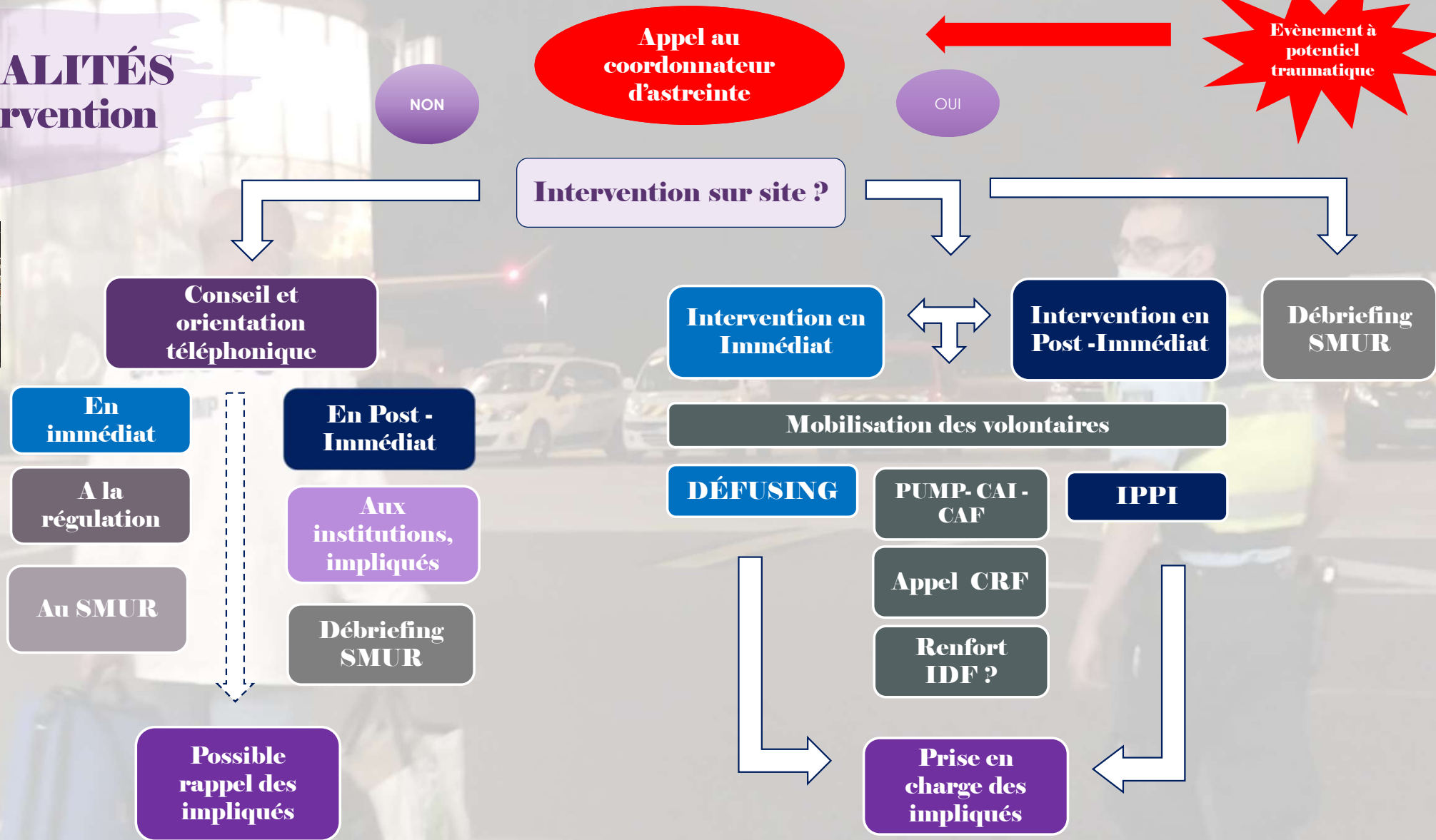
Evènement à fort
retentissement
psychologique collectif

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

MODALITÉS d'Intervention



**Cellule
de crise**



Defusing



**Groupe
deuil**

**Entretien
de groupe**

**Entretiens
individuels**

Nos OUTILS



IPPI

**Débriefing
technique**

Nos FLYERS

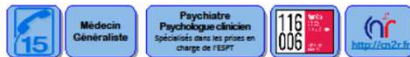
Orientations & Ressources

Dans les jours suivant l'événement

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 Médical Yvelines Sud
01.30.81.87.87

A tout moment



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



Evénement 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'événement concernant un grand nombre de victimes, susceptible d'entraîner un fort retentissement psychologique chez les personnes impliquées ou témoins.

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 des images
reviennent
dans ta tête

Si tu sursoutes
aux bruits

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.



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



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



Comment penser si c'est CUMP ?



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

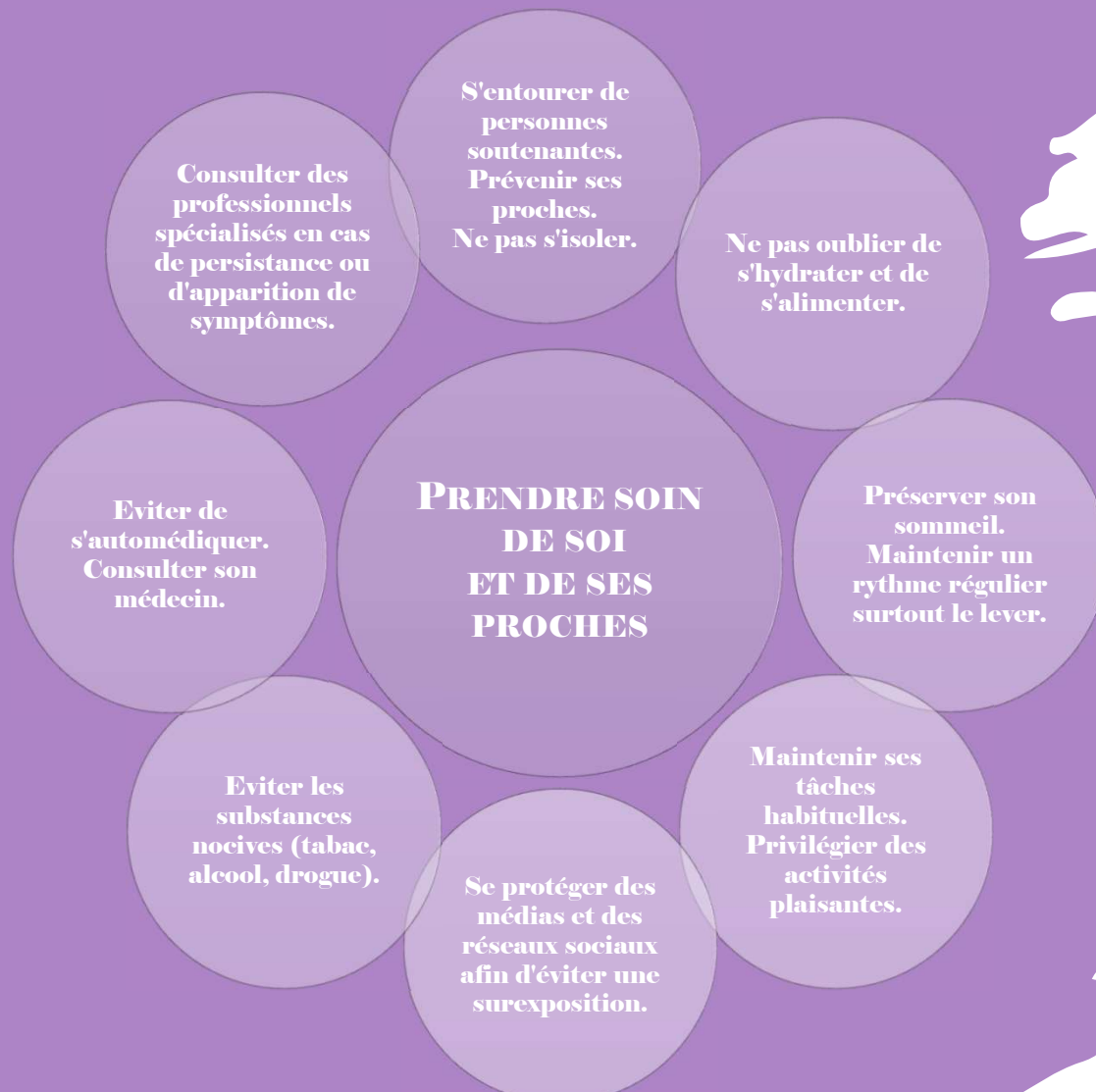
Proposer une réassurance non réaliste

Attention à la contagion

Confusion des rôles



PRENDRE SOIN de soi et des autres



« 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

***Repas
Repos
Relation
Rythme***

Situation fictive à Rambouillet

Intervention et coordination
avec la CUMP



***Merci de 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, Savoir donner l'alerte

Connaitre la CUMP : son action et sa mise en œuvre

Aller plus loin :

- @formation : plateforme (EHESP – école de Rennes)
- Formation : être volontaire pour AFGSU-SSE au sein de la CPTS
- Dans l'implication : intégrer pool de PDS mobilisable en cas de SSE
- Participer à un exercice grandeur nature en 2026

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](#)
- alfapsy <https://www.alfapsy.fr/>

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

En conclusion



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

Acculturation des SSE en population générale

Merci à tous

The End

A vous !



Véronique FRANCINI
Jessica HARANGER
Barthélémy SCHAAR
Estelle GALLE
Jean Louis MARION
Fanta DIALLO KEITA
Marianne DELCOURT
Jocelyne THEYSSIER