



La santé est l'affaire de tous !

Journée du 22 novembre 2025  
Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)

[www.cpts-sudyvelines.fr](http://www.cpts-sudyvelines.fr)

[www.cptssy.fr](http://www.cptssy.fr)

# Une culture commune des SSE ?

**TOUS RESPONSABLES**

FACE AUX RISQUES, AGISSEZ : 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 faire face.

12

**TOUS ENGAGÉS**

TOUS ENGAGÉS

Mobilisez-vous en rejoignant les réseaux et dispositifs de volontariat.

20

The image displays three panels from the 'Tous Responsables' campaign. The first panel, 'TOUS RESPONSABLES', features a blue background with icons of a power line, a fire, a laptop with a 'ATTACQUE CYBER' warning, a road sign 'ROUTE BARRÉE', a medical kit, and a warning sign in water. The second panel, 'BIEN PRÉPARÉS', has a yellow background and shows a group of people in safety gear. The third panel, 'BIEN PROTÉGÉS', has a teal background and shows a group of people in safety gear. The final panel, 'TOUS ENGAGÉS', has an orange background and shows a group of people in safety gear. Each panel includes a call to action and a page number.

# 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 irrémédiable des fonctions cérébrales supérieures).

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

**Tout doit être fait pour réduire ces temps.**

## ACR : % de survie

Les pourcentages de survie des patients en FV, survivant après une défibrillation, sont respectivement

de 25 % pour un délai de réalisation de la défibrillation de 7 à 10 minutes après l'arrêt,

de 35 % pour un délai de 4 à 6 minutes,

et de 40 à 60 % pour un délai de 1 à 3 minutes.

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

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

# ACR : pratique

## Principe de « chaîne de survie »

### Les premiers maillons relèvent du grand public :

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

# RCP Médicalisée

**VVP en première intention** ; voie intra osseuse (VIO) si 2 échecs

**Adrénaline** 1 mg IVD toutes les 4 minutes si asystolie ou rythme sans pouls (dissociation électromécanique)

**Cordarone** 300 mg IVD après le 3ème choc si fibrillation ventriculaire (FV) ou tachycardie ventriculaire (TV)

L'atropine n'est plus recommandée

L'alcalinisation comme la fibrinolyse ne sont pas indiquées

## **Syndrome post-ACR**

Objectif de saturation en O2 entre 92 et 98% : l'hypoxie comme l'hyperoxyie 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

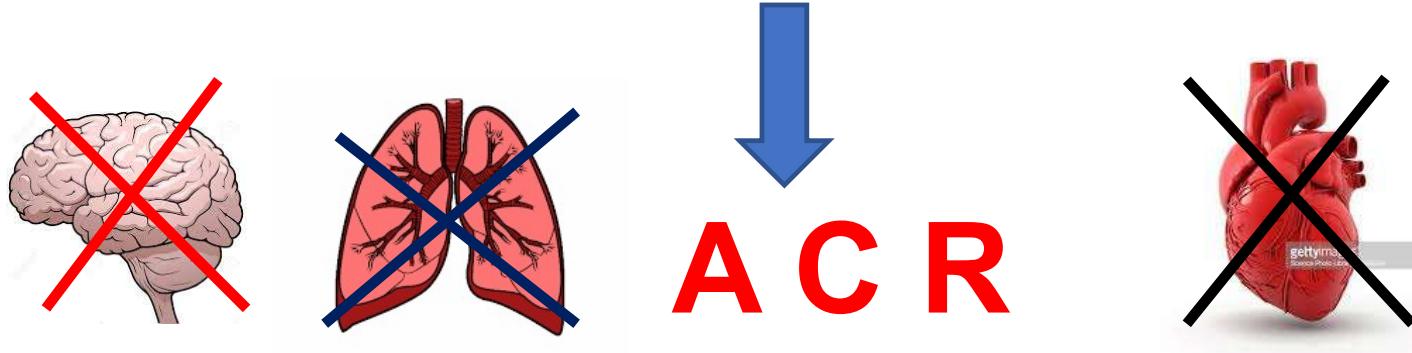
## PLS

Si pas de suspicion  
de trauma

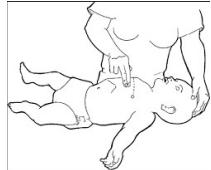
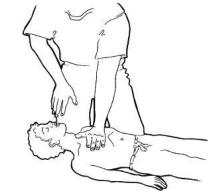
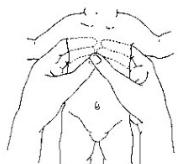


# INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS

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

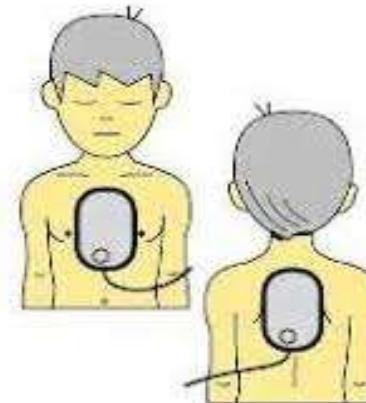
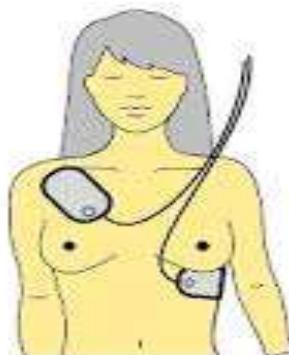
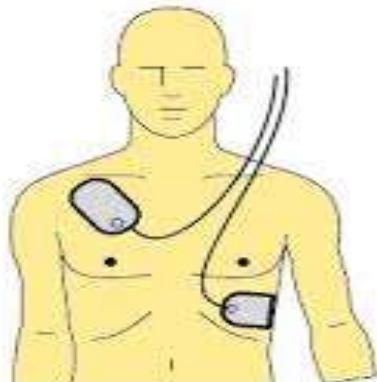




NOURRISSON	PETIT ENFANT	GRAND ENFANT	ADULTE
Compressions thoraciques poitrine dénudée sur un plan dur			
 <p><b>Nourrisson</b> Compression avec 2 doigts 1/3 épaisseur du thorax</p>  <p><b>Enfant</b> Compression avec 1 main 1/3 épaisseur du thorax</p>	<p><b>Adulte / Grand Enfant</b> Compression avec 2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



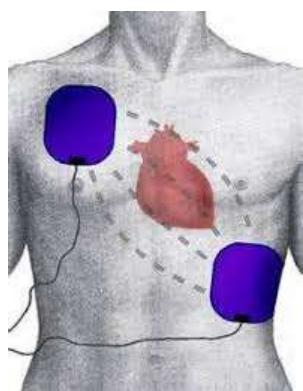
# DSA



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



ATMOSPHERE  
EXPLOSIVE



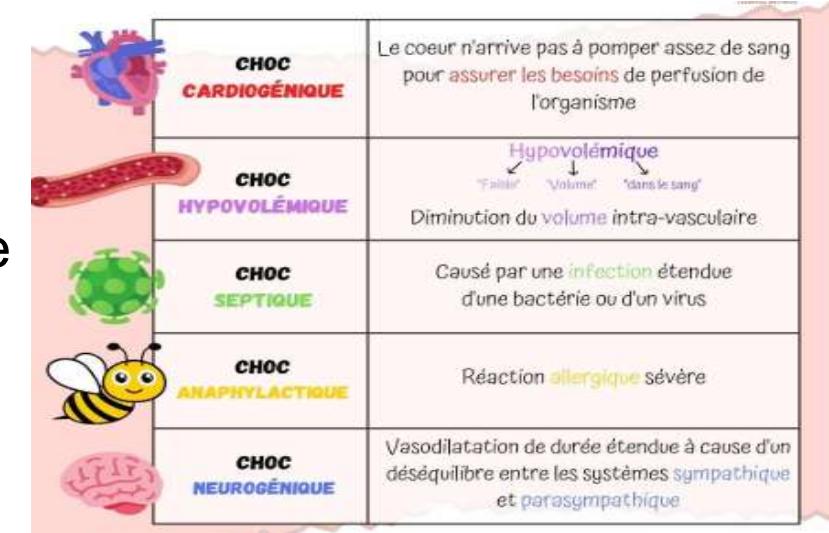
# ACR : pratique



<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.



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

## 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, luttée)) 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, luttée))
- 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  $(70 \text{ mmHg} + [2 \times \text{âge}])$  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

## ANAPHYLAXIE

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

**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.

GRADES	CLINIQUE	TRAITEMENT	ALLÔ
GRADE 1	Signes cutanéo-muqueux, érythème, urticaire, avec ou sans angioédème	Anti-H1 + Cortisone	
GRADE 2	Atteinte multiviscérale modérée: signes cutanéo-muqueux ± hypotension artérielle ± tachycardie ± toux ± dyspnée ± signes digestifs		
GRADE 3 = CHOC	Atteinte mono- ou multiviscérale: collapsus cardio-vasculaire, tachycardie ou bradycardie ± troubles du rythme cardiaque ± bronchospasme ± signes digestifs.	<b>ADRÉNALINE IM.</b> 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	<b>15</b>
GRADE 4	Arrêt cardiaque	RCP	

## Traitemen

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 monitorage 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 (1:1000, 0,1m g/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  $\beta$ -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 ( $> 10 \text{ l/min}$ )
- 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/l) et de corticoïde per os (1mg/kg/l) pendant une semaine
- Programmer une consultation avec un allergologue, dans la semaine

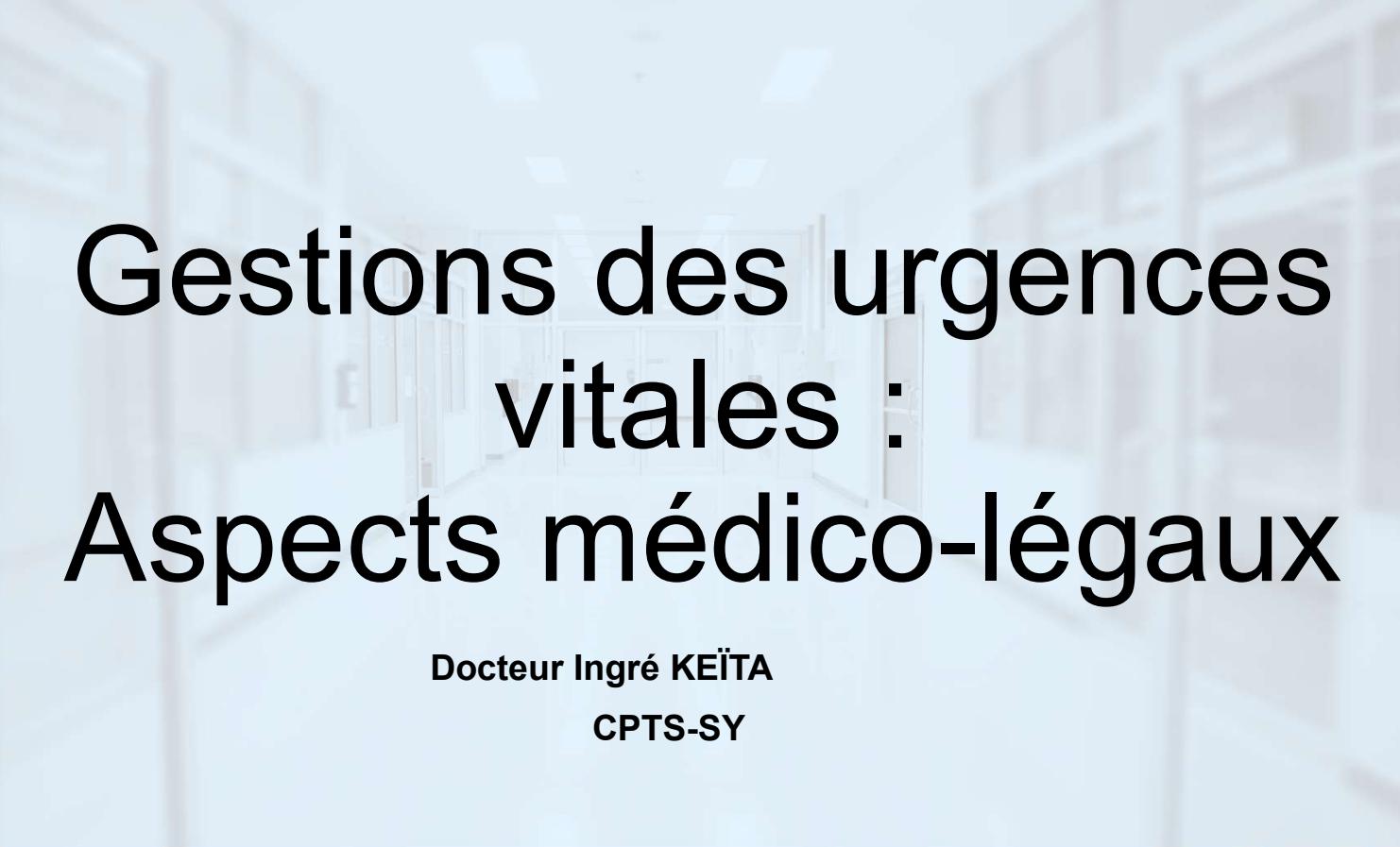
# Choc anaphylactique : pratique

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

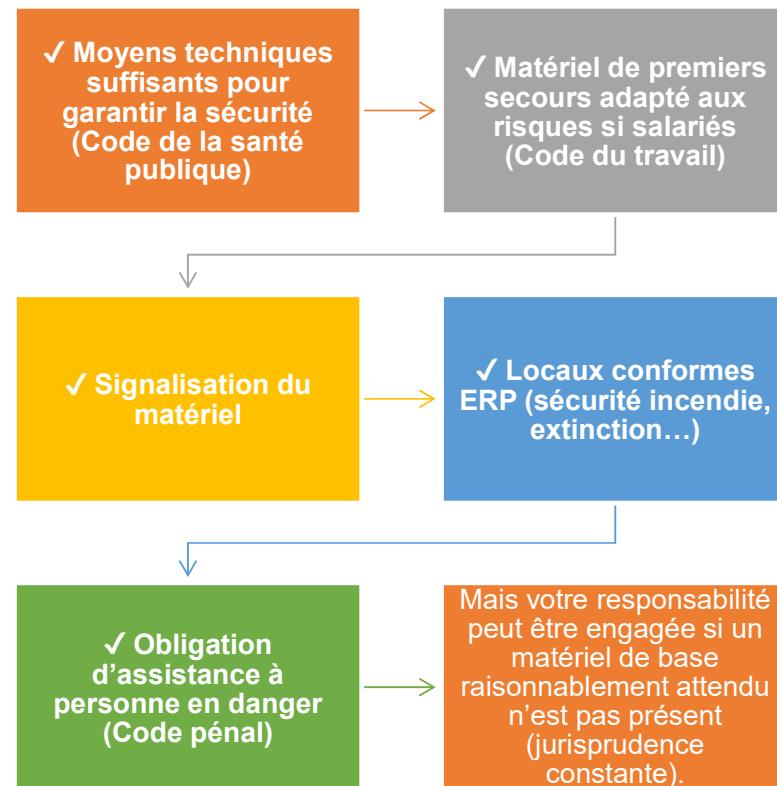
# Obligations générales

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 SpO<sub>2</sub> < 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.

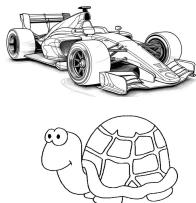
# Sources

- 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<sup>er</sup>, 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 SCENARIOS 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

<b>ORSAN AMAVI</b>	<b>ORSAN MEDICO-PSY</b>	<b>ORSAN EPI-CLIM</b>	<b>ORSAN NRC</b>	<b>ORSAN REB</b>
<p><i>Assurer la prise en charge dans le système de santé de nombreuses victimes (blessés somatiques)</i></p> <p><i>Catastrophe naturelle, accident technologique</i></p> <p><i>Attentats avec des armes de guerre et des engins explosifs</i></p>	<p><i>Assurer la prise en charge de nombreuses victimes (blessés psychiques)</i></p>	<p><i>Assurer la prise en charge des patients en situation d'épidémie</i></p> <p><i>Assurer la prise en charge des victimes d'un phénomène climatique ou environnemental (canicule, grand froid, pollution, ...)</i></p>	<p><i>Assurer la prise en charge dans le système de santé des victimes d'un agent NRC (victimes potentiellement contaminées)</i></p>	<p><i>Assurer la prise en charge dans le système de santé des patients présentant une maladie infectieuse transmissible (enrayer rapidement un risque épidémique ou de ralentir son introduction sur le territoire, atténuer la phase épidémique)</i></p>

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 boîtes 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)

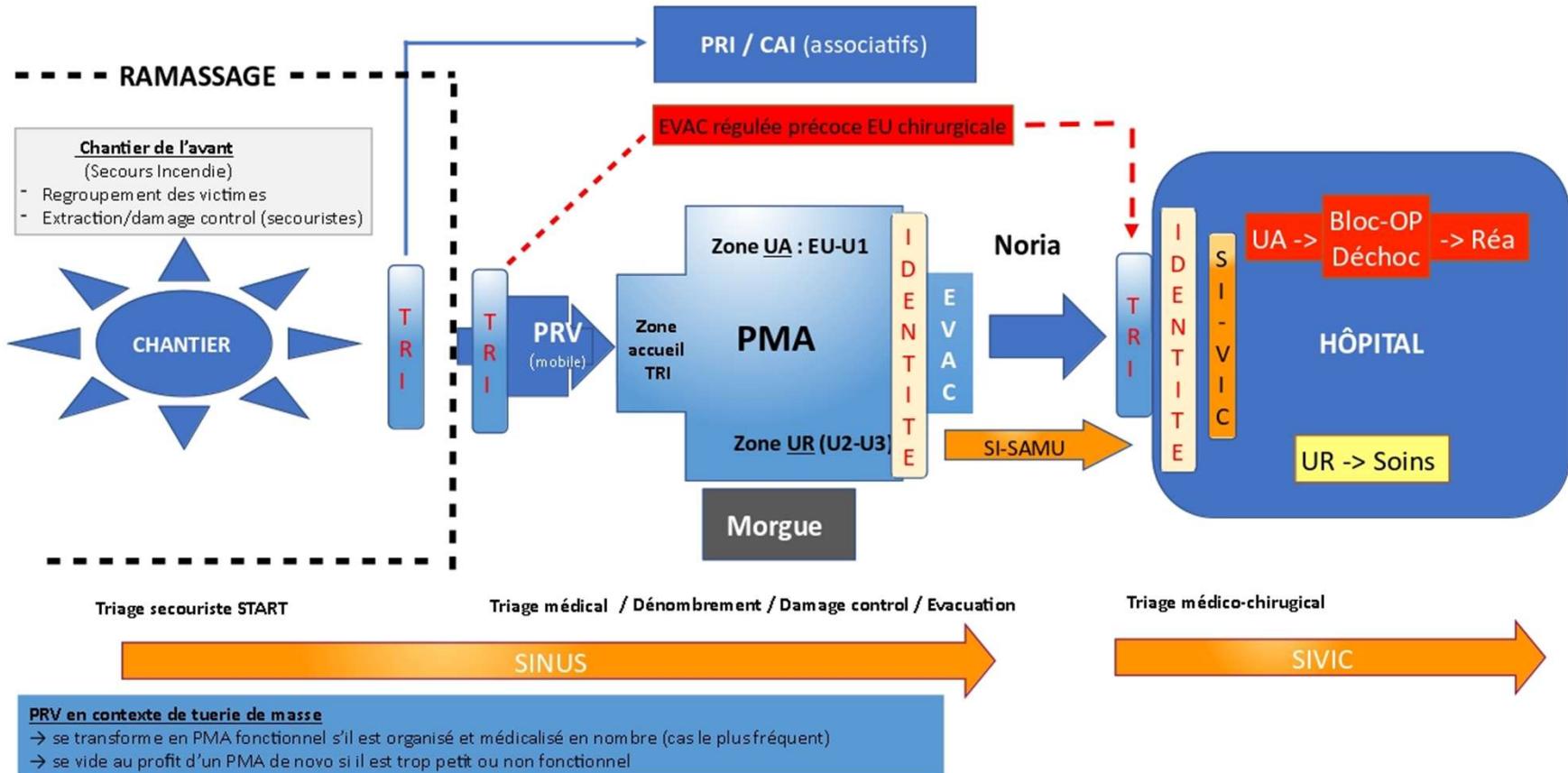


# Fiche pratique



Fiche opérationnelle  
SSE n°1

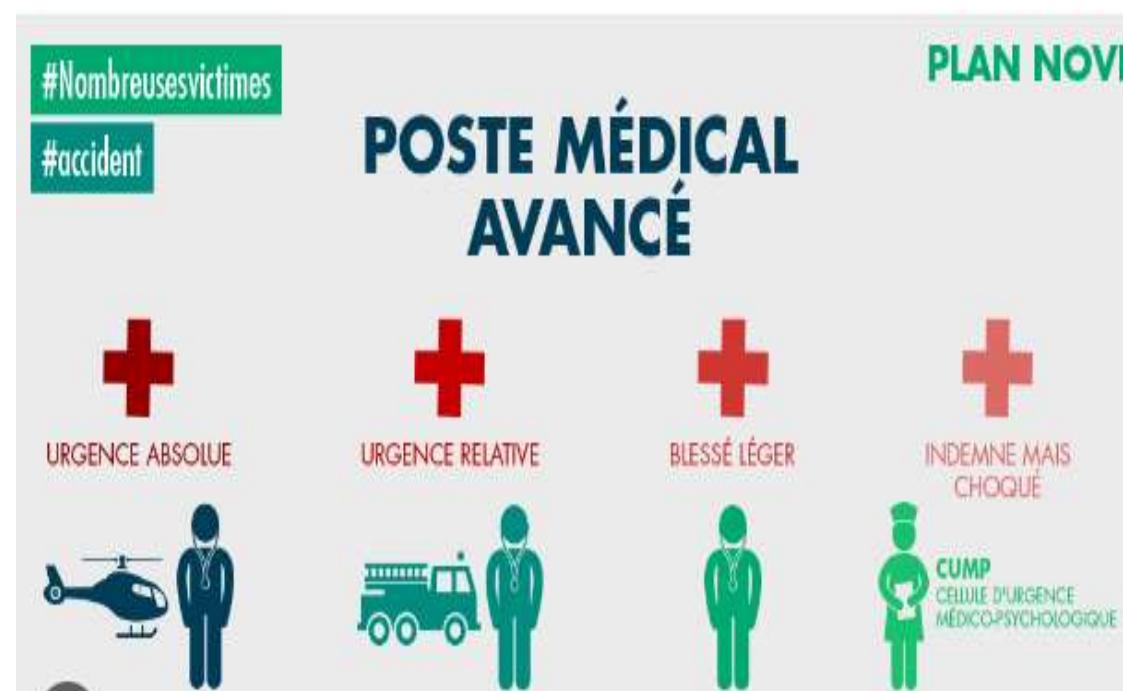
## PRINCIPES DU TRIAGE EN PRE-HOSPITALIER





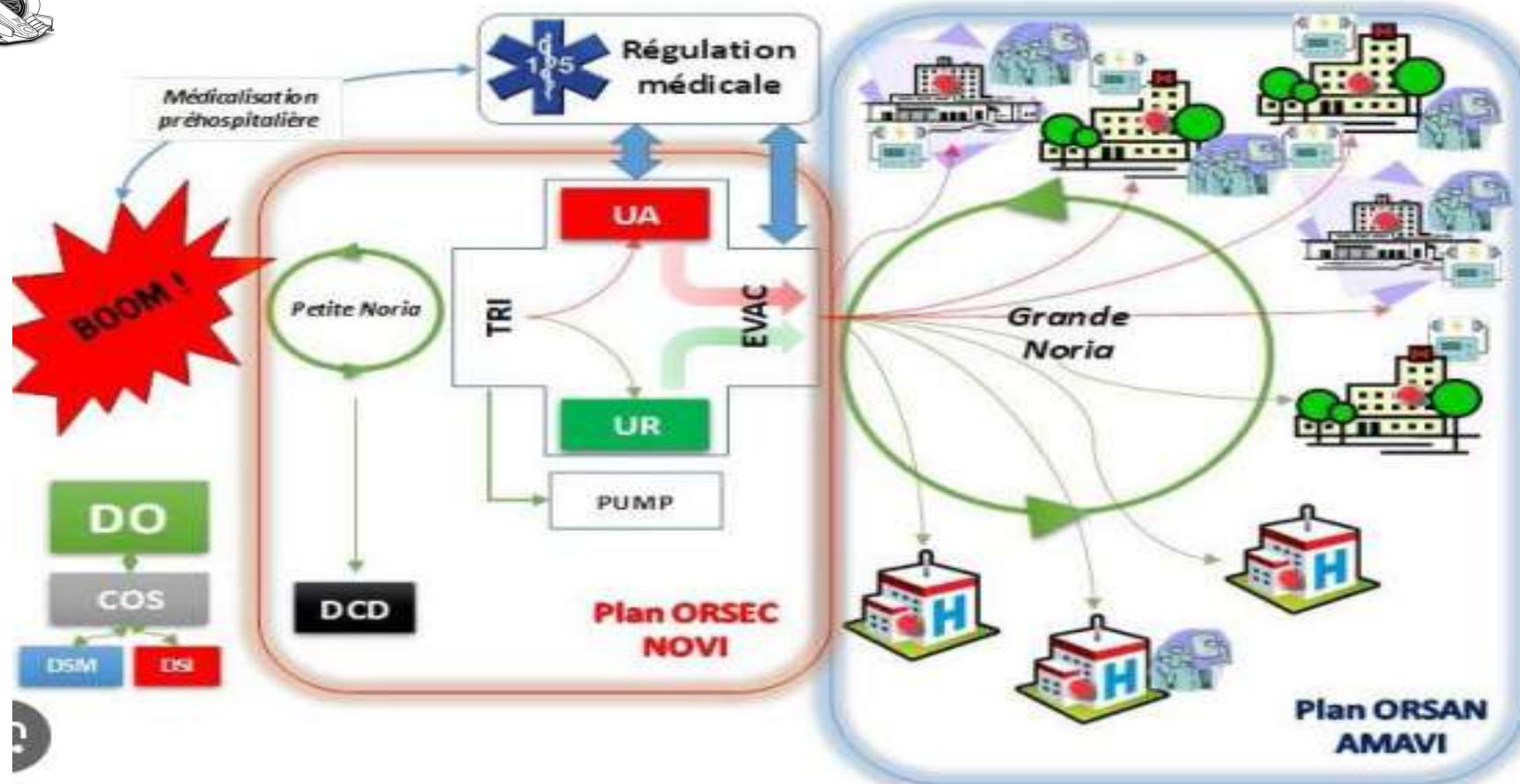
# PMA : mise en place du Poste Médical Avancé

(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 »

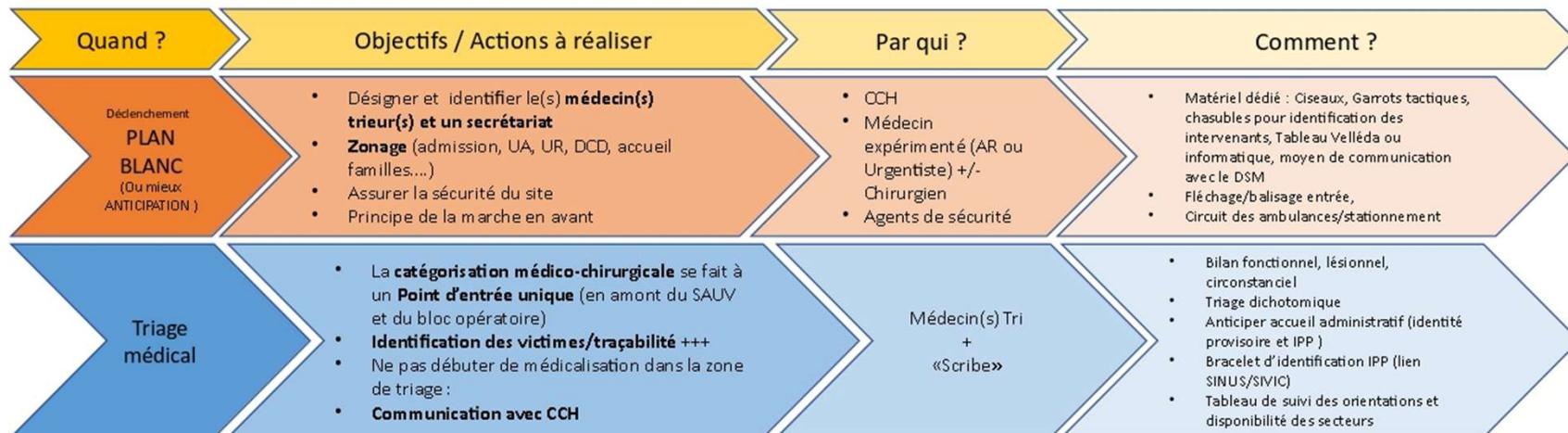
	ORSEC NOVI	AIDE MEDICALE URGENTE (SAMU)	ORSAN AMAVI
Objectif	Organisation pré hospitalière Direction des secours médicaux Gestion premiers soins et soins spécialisés aux victimes Catégorisation, dénombrement et identification (SINUS)	Interface entre les deux dispositifs Engagement des personnels médicaux pour la 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 (OCH, 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 évènement SIVIC	Augmentation de capacitaire et soins adaptés <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifications points de rupture</li> <li>- Mise en place des flux et gestion logistique</li> </ul>

# Fiche pratique



Fiche opérationnelle  
SSE n°8

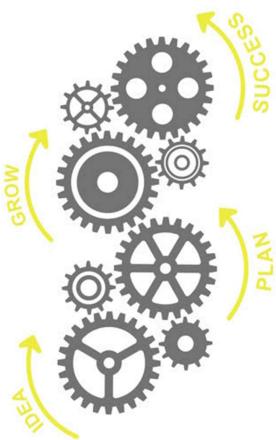
## Principes du triage hospitalier



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



# Place des PDS de ville



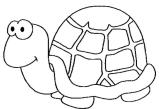
## En phase immédiate : PAS (protéger/alerter/secourir)

- 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



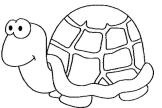
# SSE cinétique lente (RETEX Covid 19)



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



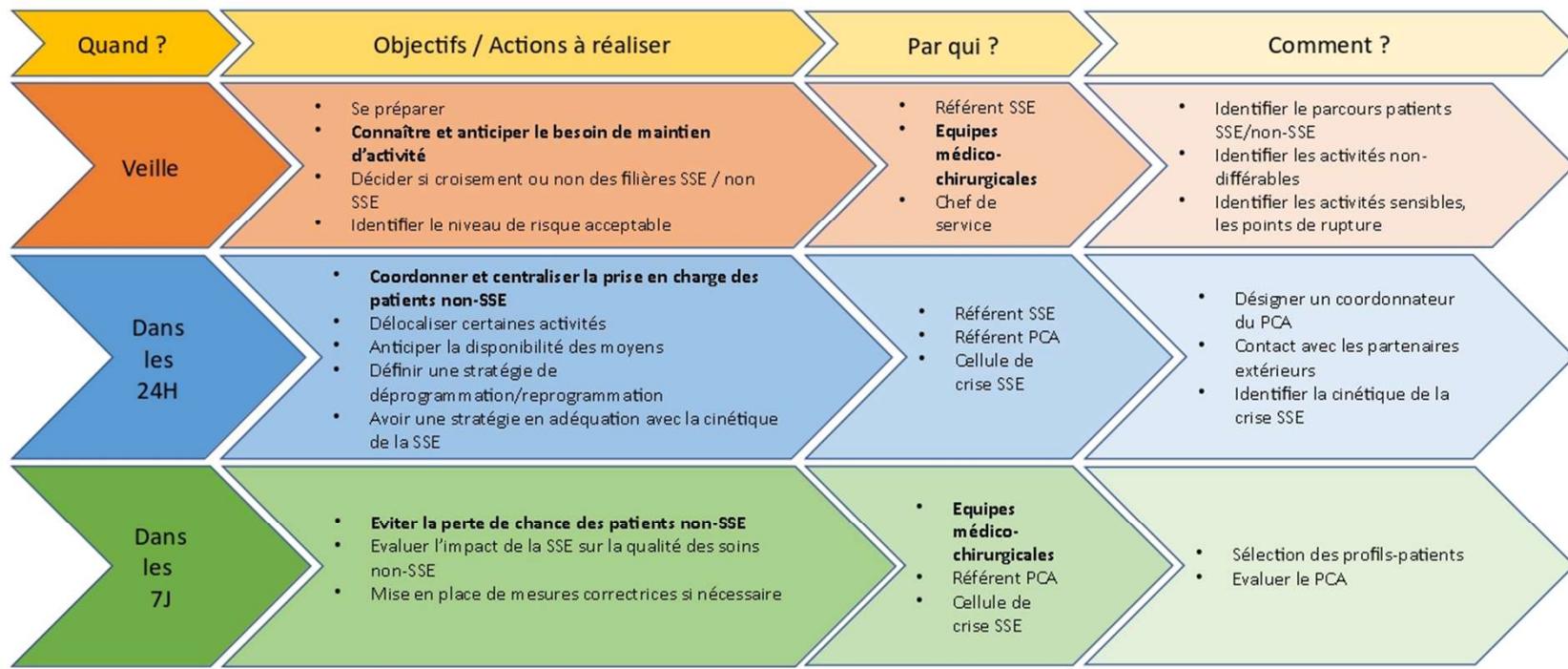
Renfort capacitaire hospitalier pour malade debout  
(réorienter le flux)  
Continuité des soins de ville (y compris aller vers)  
Si confinement, livraison de médicaments à domicile  
Déploiement de centres de diagnostic et de vaccination



# Fiche pratique

Fiche opérationnelle  
SSE n°11

## Plan de Continuité de l'Activité (PCA)



# Et la CPTS Sud Yvelines dans tout ça ?

## **Dossier gestion des SSE**

Boite à outil complète  
Annuaires 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](mailto:referent_SSE@cptssy.fr)**

**[alerte\\_sse@cptssy.fr](mailto:alerte_sse@cptssy.fr)**  
**06 95 77 69 35**

En contact avec le référent DD78 de l'ARS  
**[ars-dd78-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-dd78-alerte@ars.sante.fr)**

# Stock CPTS

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

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

# Fiche action canicule

**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
- Je mange en quantité suffisante
- Je me protège à l'extérieur
- J'évite les efforts physiques
- Je reste au frais
- Je suis attentif aux plus fragiles

**LES SIGNAUX D'ALERTE**

- Crampes
- Fatigue inhabituelle
- Mau 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 Professionnelle 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 collège
- 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.

**ASSOCIATION NATIONALE DES CESU**

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

**f in**  
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 69 CESU 74 CESU 76A  
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 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 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/plateforme-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 +++



The screenshot shows the EHESP website's header with links for Actualités, Accès direct, and various departments like Ecole, Formation, and Recherche. The main banner features a blue-toned image of medical professionals in protective gear. Below the banner, a sub-header reads "PLATEFORME FORMATION SSE – SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES". The page content includes a breadcrumb navigation (Accueil > Formation > Formations en ligne > Plateforme Formation SSE – Situations sanitaires exceptionnelles) and a section titled "ACTUALITÉ(S)" with a bullet point about a new EPI-CLIM course for epidemic and climate risks.

## 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 PentaAcétique  
**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 PentaAcétique

### E

**ECMO** : ExtraCorporal   
**EER** : Epuration Extra-ventilatoire 

**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

**INT** : Infection Nosocomiale

**ISO** : Infection de Site Opératoire

### N

**NOP** : Neurotoxique OrganoPhosphoré

**NOVI** : NOmbreuses Vlctimes

**NRC** : Nucléaire – Radiologique – Chimique

### O

**ORSAN** : ORganisation du système de SANté en situations sanitaires exceptionnelles

**ORSEC** : ORganisation de la SÉcurité 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

# 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 RÈGLES D'OR

PROTÉGER



ALERTER



SECOURIR





## PROTECTION D'UN DANGER IMMÉDIAT

- 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, IMMÉDIAT et PERMANENT (selon le lieu de l'intervention et la nature du danger, si possible respect axe T-C-T )
  - **EPI** adapté à la situation (gants, masques, tenue adaptée, vaccins à jour..... )
  - **RIEN** si le danger est **NON** contrôlable (ex: câble haute tension)

ALERTER



## LES NUMÉROS À CONNAÎTRE EN CAS D'URGENCE



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

# 112

NUMÉRO D'APPEL  
D'URGENCE EUROPÉEN

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

# 15

SAMU

LE SERVICE D'AIDE MÉDICAL URGENT

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

# 17

POLICE  
SECOURS

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

# 18

SAPEURS-  
POMPIERS

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

# 114

NUMÉRO D'URGENCE  
POUR LES PERSONNES  
SOURDES ET  
MATEINTENDANTES

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



# 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.**



**Reconnaitre la perte de connaissance et la présence de respiration.**



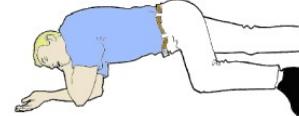
Demander l'aide d'un témoin pour aller alerter les secours.



**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.

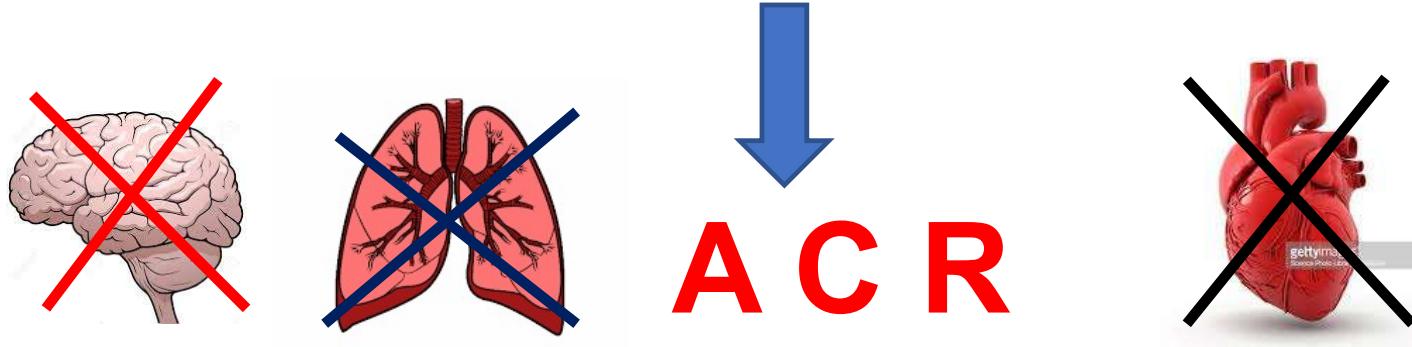
# INCONSCIENT QUI RESPIRE

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
	<p><b>Libération Voies Aériennes</b>  <b>VOIR-ECOUTER-SENTIR</b>  <b>10 SECONDES MIN</b></p>
<p><b>MISE SUR LE COTE (PLS)</b> limiter les mouvements de la colonne vertébrale</p>	
  	
<p><b>COUVRIR, ALERTER et SURVEILLER (respiration)</b></p>	
<p><b>cas particuliers</b> : femme enceinte / personne obèse = côté gauche          traumatisme = du côté traumatisé          nourrisson = dans les bras, tourné sur le côté</p>	

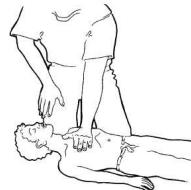


# INCONSCIENT QUI NE RESPIRE PAS

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

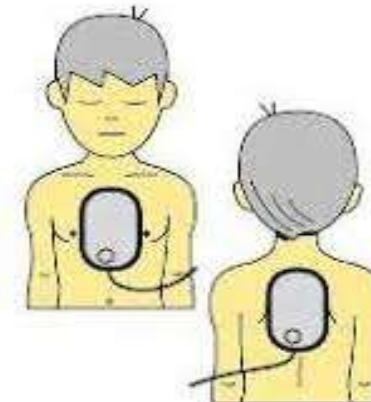
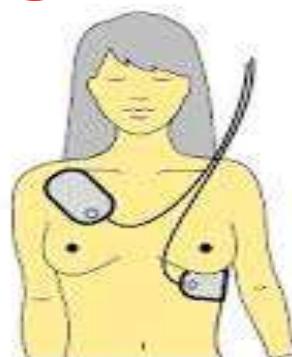
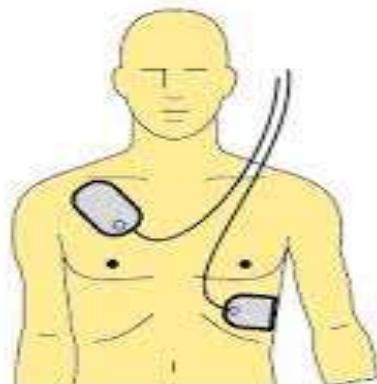




NOURRISSON	PETIT ENFANT	GRAND ENFANT	ADULTE
Compressions thoraciques poitrine dénudée sur un plan dur			
 <p><b>Nourrisson</b> Compression avec 2 doigts 1/3 épaisseur du thorax</p>  <p><b>Enfant</b> Compression avec 1 main 1/3 épaisseur du thorax</p>	<p><b>Adulte / Grand Enfant</b> Compression avec 2 mains Profondeur 5 à 6 cm</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><b>Insufflations STARTER</b></p> <p>Vérification signes de vie</p>  <p><b>ALTERNANCE</b> 15/2</p>	<p><b>APPEL SAMU (seul) avant début massage</b></p> <p><b>ALTERNANCE</b> 30/2</p> 		
Si insufflation impossible réaliser compressions thoraciques seules : <b>alerter le SAMU</b>			



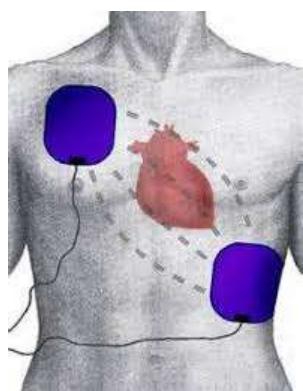
# DSA



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



ATMOSPHERE  
EXPLOSIVE





**Bilan**  
Position d'attente adaptée

## CONSCIENCE

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

oui

non

## VENTILATION

- LVA  
- Vérif respi 10s

non

oui

## ACR

RCP ( 30 compressions / 2 insufflations)  
DAE

## PLS

Si pas de suspi  
de trauma



# 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 <b>feu</b> ou du <b>produit irritant</b>		
refroidissement	Au moins 10 min Ideal 20 min	Eau tempérée	Attention hypothermie <b>PA et Enfant</b>
déshabiller	Bijoux, bagues, vêtements	Sauf si adhérent	
couvrir	Pansement stérile Film plastique alimentaire		
Si ingestion	Ne pas faire boire ni vomir		
Si détresse respi	½ assis	O2	
Paramètres vitaux	Bilan brûlure	<b>Localisation, étendue, profondeur</b>	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 letale** :
  - 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)





Acide tranexamique  
(antihémorragique)



Garrot pneumatique



Pansement compressif  
israélien



Garrot  
tourniquet

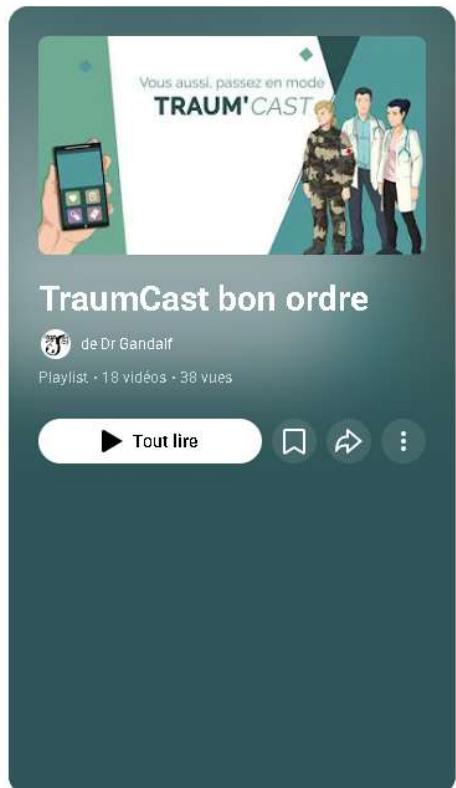


Pansement  
hémostatique



# 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 ...



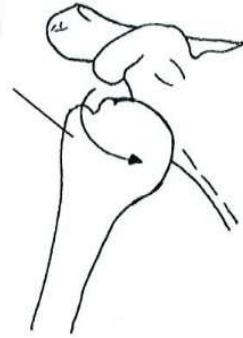
# LES TRAUMATISMES

3 types de trauma osseux et articulaires

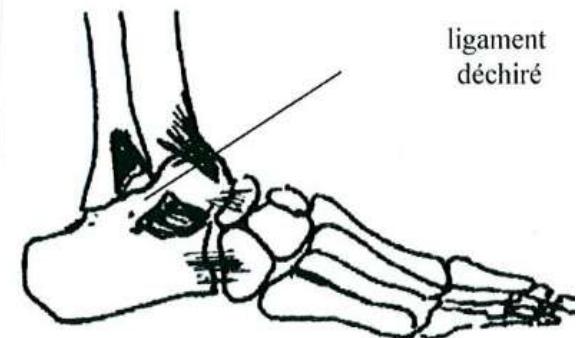
FRACTURE



LUXATION



ENTORSE



Articulation  
déboîtée

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



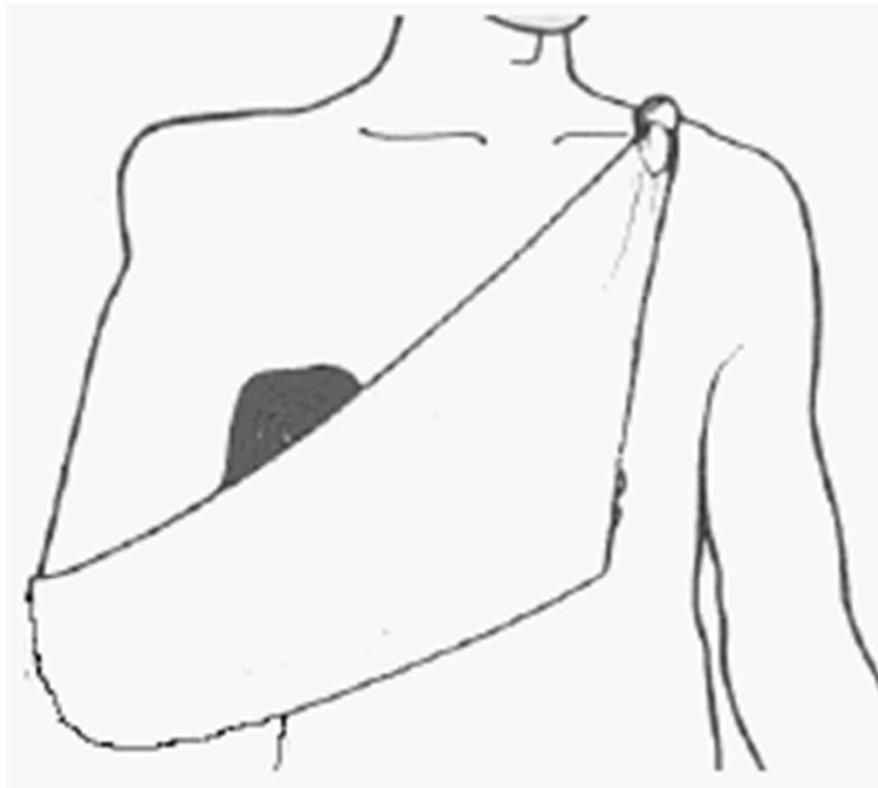


# TRAUMA BRAS, EPAULE





## 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 ?**

**Son fonctionnement**

**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



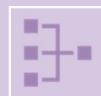
**Assurer la prise en charge** immédiate ou post-immédiate de blessés psychiques



**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*

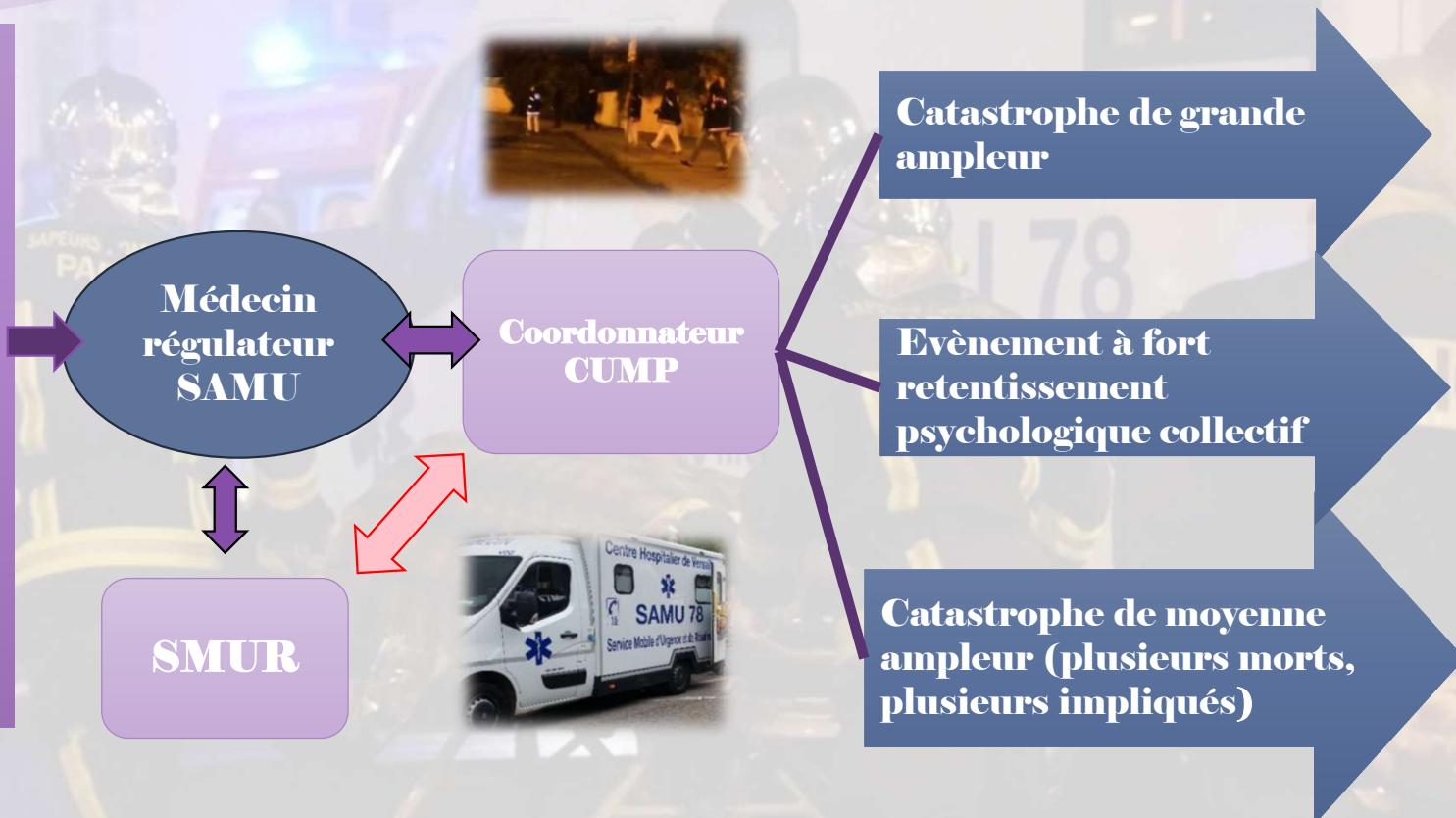
- **Attentat**
- **Catastrophe naturelle**
- **Accident de grande ampleur**
- **Evènement individuel à retentissement collectif**



# DÉCLENCHEMENT

Appelants:

Patients  
Institution  
Médecins  
Sapeurs  
pompiers  
Préfecture  
ARS



**Cadre d'intervention à construire au cas par cas :**

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

# MODALITÉS d'Intervention



Appel au  
coordonnateur  
d'astreinte

Evènement à  
potentiel  
traumatique

NON

OUI

Intervention sur site ?

Conseil et  
orientation  
téléphonique

Intervention en  
Immédiat

Intervention en  
Post -Immédiat

Débriefing  
SMUR

En  
immédiat

En Post -  
Immédiat

Mobilisation des volontaires

A la  
régulation

Aux  
institutions,  
impliqués

DÉFUSING

PUMP- CAI -  
CAF

IPPI

Au SMUR

Débriefing  
SMUR

Possible  
rappel des  
impliqués

Appel CRF

Renfort  
IDF ?

Prise en  
charge des  
impliqués

# *Nos OUTILS*

**Cellule  
de crise**



**Defusing**



**Groupe  
deuil**



**Entretien  
de groupe**

**Entretiens  
individuels**

**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 SÉCURISATION YVELINES SUD 01.30.81.87.87
---	---

### A tout moment

<b>15</b> Médecin Généraliste	<b>Psychiatre</b> Psychologue clinicien Spécialiste dans les prises en charge de l'EDPT
<b>116 006</b> http://cn2r.fr	
<b>CMPP</b> Centre Médico Psychothérapeutique pour Adultes Secteur de déconditionnement	<b>CMPP</b> Centre Médico Psychothérapeutique Centre Médico Psychothérapeutique Intégration Jeunesse Secteur de déconditionnement
<b>Médecin du travail</b>	<b>Infirmière</b> Infirmière scolaire
<b>BAPU</b> Bureau d'Accompagnement à la Prévention du Travail et de la Vie Étudiants	<b>PMI</b> Prise en Matière de l'Individu
<b>CUMP 78</b> Centre Hospitalier de Versailles 177 rue de Versailles 78150 Le Chesnay Tél. : 01.30.84.96.00 Secrétaire : 01.30.84.96.03 Email : <a href="mailto:cump78@ch78sud.fr">cump78@ch78sud.fr</a>	<b>CUMP</b> SAMU 78

## Euènement 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  
Secrétaire : 01.30.84.96.03  
Email : [cump78@ch78sud.fr](mailto:cump78@ch78sud.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...



## Lettre aux enfants et aux parents

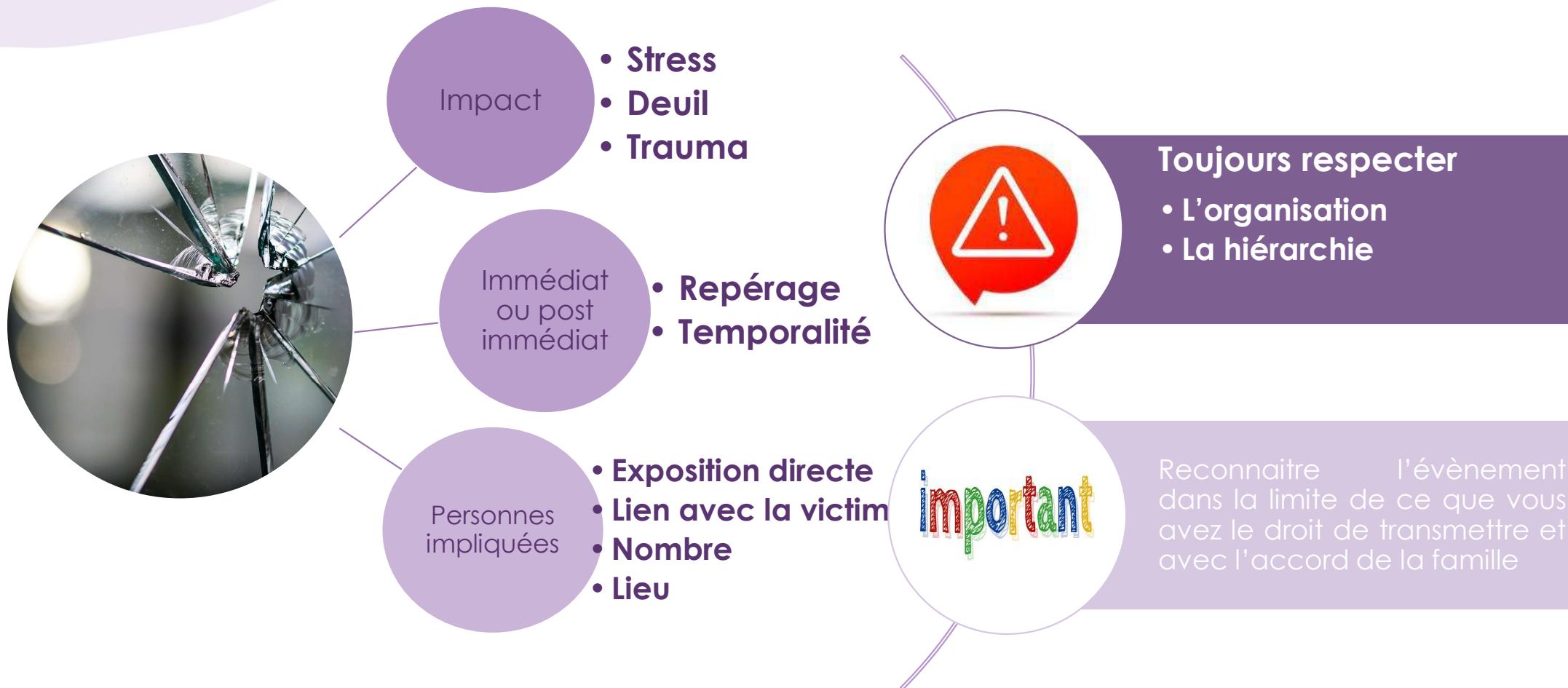


### CELLULE D'URGENCE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DES YVELINES CUMP78

Centre Hospitalier de Versailles  
177 rue de Versailles  
78150 Le Chesnay  
Tél : **15** ou 01.30.84.96.00  
Secrétaire : 01.30.84.96.03  
Email : [cump78@ch78sud.fr](mailto:cump78@ch78sud.fr)



# Comment penser si c'est CUMP ?



# *Que ce soit par la CUMP ou pas ...*



**En Cas  
D'évènement À  
Potentiel  
Traumatique**



**Restaurer un sentiment de sécurité : RRRR**

**ACCUEILLIR**

**Maintenir et/ou renforcer les liens  
intrafamiliaux et le sentiment d'appartenance.**

**SOUTENIR**

**Eviter la contagion en tenant compte du degré  
d'exposition de chacun.**

**CONTENIR**

**PREVENTION: attention aux réseaux sociaux.**

**PREVENIR**

# **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 SCHALAR  
Estelle GALLE  
Jean Louis MARION  
Fanta DIALLO KEITA  
Marianne DELCOURT  
Jocelyne THEYSSIER