

LIVRET PÉDAGOGIQUE DES APPRENANTS

ProF

Organisme de Formation & Développement
Professionel Continu

6 allée Mozart 94420 Le Plessis Tréville

Mail : contact@prof-formation.fr

Tel : 06 77 14 31 14

Web : www.prof-formation.fr

SOMMAIRE

I. Présentation de notre organisme	2
1. Historique de l'Organisme de formation	2
2. Missions et valeurs	2
II. Organisation de la formation	2
1. Démarche pédagogique - Les modalités	2
2. Démarche pédagogique - Les Méthodes	3
3. Les horaires de nos formations	3
4. Le matériel de nos formations	4
5. Évaluation des connaissances et de la satisfaction	4
III. Le handicap dans notre organisme	5
IV. Règlement intérieur	6
1. Article 1 : Aspect législatif	6
2. Article 2 : Discipline	6
3. Article 3 : Sanctions	6
4. Article 4 : Entretien préalable à une sanction et procédure	6
5. Article 5 : Représentation des stagiaires	7
6. Article 6 : Hygiène et sécurité	7
7. Article 7 : Mise à disposition des Stagiaires	7
V. Liste des formateurs	8
1. Formateurs GSU:	8
VI. Objectifs pédagogique	9
1. Formation AFGSU2 :	9
2. Formation AFGSU1 :	12
4. Formation Recyclage AFGSU1&2	14
5. Formation GSU Adultes	14
6. Formation GSU Enfants et Nourrissons	16
7. Formation PSC1	18

I. Présentation de Notre Organisme

1. Historique de l'Organisme de Formation

L'Organisme de Formation **ProF** a été créé en 2018, par Mr Petit Cedric, directeur de l'organisme.

ProF délivre des formations dans le secteur de la santé, comme l'apprentissage et la transmission des Gestes et soins d'urgence, et construit avec et pour ses clients des formations sur mesures.

2. Missions et Valeurs

Conforter - Réactiver - Enrichir

La formation et le développement professionnel continu sont pour **ProF** un des piliers du travail. En permettant aux professionnels de santé de conforter, de réactiver et d'enrichir leurs connaissances théoriques et leurs pratiques quotidiennes, nous voulons procurer à chaque professionnel de santé le sentiment de se sentir à sa place dans son métier auprès du malade, prêt à affronter les situations d'urgence pour lesquelles nous les aurons formés.

II. Organisation de la Formation

1. Démarche Pédagogique - les Modalités

- Formations en inter :

Location de salles de formations à Noisy le Grand dans l'hôtel Novotel. Nous Avon sélectionné cette établissement pour ;

- l'adaptation de leurs locaux aux besoins de nos formation et des apprenants la présence d'un parking sous terrain,
- l'adaptation des locaux aux personnes à mobilités réduites,
- la mise en place de leur part du nécessaire pour le respect des gestes barrières en rapport avec la COVID-19 (adaptation du nombre de participant et de formateur en fonction de la taille de leurs salles, mise à disposition de gel hydro-alcoolique de masques, nettoyage des salles avant et après leur utilisation ...).

- Formations en intra :

Nous envoyons un ou des formateurs avec le matériels de formations nécessaire dans les locaux de l'établissement demandeur lorsque ceux-ci sont adaptés aux besoins de la formation.

Ainsi que directement dans les services de soins auprès des professionnels dans le cadre des formations AFEST (action de formation en situation de travail).

2. Démarche Pédagogique - les Méthodes

Tous nos Formateurs sont titulaires d'un diplôme de pédagogie appliquée à l'enseignement des gestes et soins d'urgence. Ils travaillent au quotidien dans des secteurs urgences réanimation SAMU bloc opératoire.

Nous privilégions les techniques de pédagogies actives (mises en situation, essai / erreur, questionnement, analyse avec les participants ...) car elles permettent une meilleure transmission des connaissances, ainsi que la démonstration lors des synthèses finales pour appuyer sur les points essentiels.

Nos formateurs favorisent l'exploration des connaissances antérieures des apprenants pour les réactiver, les réajuster, (la découverte, le tâtonnement, confronter les raisonnements). Puis ils réajustent les connaissances scientifiques si nécessaire.

L'hygiène et la protection primordial avec la COVID-19, l'alerte et l'organisation en équipe sont traitées lors de **chaque** séquence, en lien avec le thème. Nous mettons régulièrement à jour nos contenus sur ces sujets avec les recommandations des ANCESU.

3. Les Horaires de nos Formations

AFGSU 2 ; Formation de 21 heures réparties sur 3 jours de 7 heures de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00. Cette formation est en présentielle, dans certain cas une des trois journées peut être suivi en distancielle via une session Visio.

AFGSU 1 ; Formation de 14 heures réparties sur 2 jours de 7 heures de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00. Cette formation est en présentielle.

Recyclage AFGSU 1&2 ; Formation de 7 heures sur une journée de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00. Cette formation est en présentielle.

GSU adultes, GSU enfants et nourrisson ; Formation de 7 heures sur une journée de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00. Cette formation est en présentielle.

PSC1 ; Formation de 7 heures sur une journée de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 17h00. Cette formation est en présentielle.

4. Le Matériel de nos Formations

Matériel Pédagogique	Quantité
Mannequin corps entier	1
Mannequin Buste	1
Mannequin nourrisson	1
Mannequin enfant	1
Chariot D'urgence (Boîte d'urgence)	1
DSA	1
Bouteille O2	1
Coupe de tête	1
Attelles	2
Colliers Cervicaux	5
Tenue et matériel de protection (risques collectifs)	1
Vidéo-Projecteur	1
Ordinateur tablette	1
Bavu et Masque O2	1
Draps et charlottes	10
Casque	1

5. Évaluation des Connaissances et de la Satisfaction

ProF a mis en place un outil d'évaluation numérique en ligne via sa web app accessible via l'adresse www.prof-formation.fr pour permettre à ses formateurs de limiter les supports papiers et de faciliter le traitement des données recueillies. Ces données nous permettent de vérifier l'impact et l'efficacité de nos formations et de nos formateurs et de les faire évoluer le cas échéant.

Nos **évaluations des connaissances** s'effectuent en trois étapes ;

- Une Première Etape à la phase initiale de la formation via un questionnaire de connaissance pour connaître le niveau des connaissances antérieures à la formation de nos apprenants,
- Une Deuxième Etape en phase finale de formation via un questionnaire de connaissance pour connaître le niveau de connaissances acquises,

- Une Troisième Etape à distance de la formation via un questionnaire joint au questionnaire de satisfaction à distance, pour connaître le niveau des connaissances qu'il reste six mois après nos formations.

Nos **évaluations de la satisfaction** s'effectuent en deux étapes ;

- Une première étape en phase finale de formation via un questionnaire de satisfaction pour connaître le niveau de satisfaction immédiat,
- Une deuxième Etape à distance de la formation via un questionnaire joint au questionnaire de connaissance à distance, pour connaître le niveau de satisfaction à distance de nos formations,

Un **bilan de formation** est également à disposition pour nous permettre de nous assurer du niveau de compréhension de nos formations et vous permettre de faire remonter vos remarques sur nos formations.

III. Le Handicap Dans Notre Organisme

La loi de référence dans le domaine du handicap est la loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle précise la définition du handicap :

« *Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (article L.114 de la loi n° 2005-102).

Dans le but de parvenir à permettre aux personnes en situation de handicap de participer à nos formations ProF à nommé un **réfèrent handicap, Mr Petit Cedric** à contacter en cas de besoins, et s'est mis en relation avec l'agefiph partenaire privilégié des OF pour la participation des personnes en situation de handicap aux formations.

Dans un avenir proche ProF va mettre en place des formations adaptés et réservés aux personnes en situation de handicap.

IV. Règlement Intérieur

1. Article 1 : Aspect Legislatif

Le présent règlement est établi conformément aux dispositions des articles L.6352-3 et L.6352-4 et R.6352-1 à R.6352-15 du Code du travail. Il s'applique à tous les stagiaires, et ce pour la durée de la formation suivie.

2. Article 2 : Discipline

Il est formellement interdit aux stagiaires :

- D'introduire des boissons alcoolisées dans les locaux de l'organisme
- De se présenter aux formations en état d'ébriété
- D'emporter ou modifier les supports de formation
- De manger dans les salles de cours
- D'utiliser leurs téléphones portables durant les sessions

3. Article 3 : Sanctions

Tout agissement considéré comme fautif par la direction de l'organisme de formation pourra, en fonction de sa nature et de sa gravité, faire l'objet de l'une ou l'autre des sanctions ci-après par ordre croissant d'importance :

- Avertissement écrit par le Directeur de l'organisme de formation
- Blâme
- Exclusion définitive de la formation

4. Article 4 : Entretien Préalable à une Sanction et Procédure

Aucune sanction ne peut être infligée au stagiaire sans que celui-ci ne soit informé dans le même temps et par écrit des griefs retenus contre lui. Lorsque l'organisme de formation envisage une prise de sanction, il convoque le stagiaire par lettre recommandée avec accusé de réception ou remise à l'intéressé contre décharge en lui indiquant l'objet de la convocation, la date, l'heure et le lieu de l'entretien, sauf si la sanction envisagée n'a pas d'incidence sur la présence du stagiaire pour la suite de la formation.

Au cours de l'entretien, le stagiaire a la possibilité de se faire assister par une personne de son choix, stagiaire ou salarié de l'organisme de formation. La convocation mentionnée à l'article précédent fait état de cette faculté. Lors de l'entretien, le motif de la sanction envisagée est indiqué au stagiaire : celui-ci a alors la possibilité de donner toute explication ou justification des faits qui lui sont reprochés.

Lorsqu'une mesure conservatoire d'exclusion temporaire à effet immédiat est considérée comme indispensable par l'organisme de formation, aucune sanction définitive relative à l'agissement fautif à l'origine de cette exclusion ne peut être prise sans que le stagiaire n'ait été au préalable informé des griefs retenus contre lui et, éventuellement, qu'il ait été convoqué à un entretien et ait eu la possibilité de s'expliquer devant une Commission de discipline.

La sanction ne peut intervenir moins d'un jour franc ni plus de 15 jours après l'entretien où, le cas échéant, après avis de la Commission de discipline.

Elle fait l'objet d'une notification écrite et motivée au stagiaire sous forme de lettre recommandée, ou d'une lettre remise contre décharge. L'organisme de formation informe

concomitamment l'employeur, et éventuellement l'organisme paritaire prenant à sa charge les frais de formation, de la sanction prise.

5. Article 5 : Représentation des Stagiaires

Lorsqu'un stage a une durée supérieure à 500 heures, il est procédé à l'élection d'un délégué titulaire et d'un délégué suppléant en scrutin uninominal à deux tours. Tous les stagiaires sont électeurs et éligibles, sauf les détenus admis à participer à une action de formation professionnelle.

L'organisme de formation organise le scrutin qui a lieu pendant les heures de formation, au plus tôt 20 heures, au plus tard 40 heures après le début du stage. En cas d'impossibilité de désigner les représentants des stagiaires, l'organisme de formation dresse un PV de carence qu'il transmet au préfet de région territorialement compétent.

Les délégués sont élus pour la durée de la formation. Leurs fonctions prennent fin lorsqu'ils cessent, pour quelque cause que ce soit de participer à la formation.

Si le délégué titulaire et le délégué suppléant ont cessé leurs fonctions avant la fin de la session de formation, il est procédé à une nouvelle élection dans les conditions prévues aux articles R.6352-9 à R.6352-12.

Les représentants des stagiaires font toute suggestion pour améliorer le déroulement des stages et les conditions de vie des stagiaires dans l'organisme de formation. Ils présentent toutes les réclamations individuelles ou collectives relatives à ces matières, aux conditions d'hygiène et de sécurité et à l'application du règlement intérieur.

6. Article 6 : Hygiène et Sécurité

La prévention des risques d'accidents et de maladies est impérative et exige de chacun le respect total de toutes les prescriptions applicables en matière d'hygiène et de sécurité. A cet effet, les consignes générales et particulières de sécurité en vigueur dans l'organisme, lorsqu'elles existent, doivent être strictement respectées sous peine de sanctions disciplinaires.

Lorsque la formation a lieu sur le site de l'entreprise, les consignes générales et particulières de sécurité applicables sont celles de **ProF**

7. Article 7 : Mise à Disposition des Stagiaires

Un exemplaire du présent règlement est mis à disposition de chaque stagiaire.

V. Liste des Formateurs

1. Formateurs GSU:

- **M. Pierre FIX ;**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 02/12/2016 formateur PSC1 de 02/07/2018, Infirmier Anesthésiste DE au bloc opératoire du CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **M. Eric TRICOT ;**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 17/01/2018, Infirmier Anesthésiste DE au bloc opératoire du CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **Me Repaire Laetitia ;**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 19/09/2012 formatrice PSC1 depuis le 15/05/2008, membre du bureau du CESU94, Infirmier Anesthésiste DE au Samu du CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **Me Draoua Fadila ;**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 10/06/2016, Infirmier Anesthésiste DE au bloc opératoire du CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **M. Maroufi Franck**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 01/10/2018, Conducteur ambulancier au SAMU94 CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **M. Alriche Greogory**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 04/05/2016, Conducteur ambulancier au SAMU94 CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **Me Sehoul Karen**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 11/05/2020, Conducteur ambulancier au SAMU94 CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **Me Salhi Nabila**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 14/01/2021, Infirmier Anesthésiste DE au bloc opératoire CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

- **M. Moute Laurent**

Titulaire de l'attestation d'habilitation pour la formation aux Gestes et soins d'urgence, attestation de formation continue du 21/10/2008, Conducteur ambulancier au SAMU94 opératoire CHU Henri MONDOR AP-HP Créteil.

VI. Objectifs Pédagogique

1. Formation AFGSU2 :

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ventile	Affirmer l'inconscience. La présence d'une ventilation efficace. Assurer la perméabilité de VAS. Installer sur le côté. Surveiller le patient.	Inconscient : Pas de réponses aux demandes et aux stimulations.	Demander ordre simple ; « vous m'entendez », « ouvrez les yeux » Attraper les 2 mains
		Ventilation efficace : Souffle, bruit, chaleur, soulèvement thorax	Percevoir le souffle Observer les mouvement du thorax et l'abdomen Ecouter les bruits respiratoire
			Rechercher en comptant 10 secondes
			Définir et expliquer les Gasp ; respiration inefficace, pas d'entrée ni de sortie d'air par les VAS.
		Risque d'inhalation et de détresse respiratoire	Effectuer mise sur le côté ; En tirant, assurer stabilité avec 3 points d'appuis, mettre la tête en hyper-extension et ouvrir la bouche, mettre la main opposée sous la joue.
		Surveiller le patient	Surveiller la ventilation avec mouvement du ventre et sensation de souffle sur la paume de la main. Surveiller la venue d'écoulement extériorisé par la bouche, les évacuer le cas échéant.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ne ventile pas ou Le patient en ACR	Affirmer l'inconscience, et l'absence d'une ventilation efficace. Appeler Masser Défibriller Utiliser le matériel à disposition	ACR ; Inconscient, pas de respiration efficace	Diagnostic ; CF l'inconscient qui ventile Une personne inconsciente qui ne ventile pas est à considérer comme en Arrêt Cardio Respiratoire
		Appeler	Nom, prénom, numéro de téléphone, profession, adresse la plus précise y compris à l'hôpital, décrire la situation en précisant tous les éléments du diagnostic, donner la liste du matériel à disposition, attendre que les secours invitent à raccrocher.
		Masser	Le Massage Cardiaque Externe doit être le plus précoce possible et sans interruption jusqu'à l'arrivée des secours. Critères d'efficacité du MCE Adulte ; <ul style="list-style-type: none"> • Patient sur un plan dur. • Bras tendus, coudes verrouillés, paumes des mains au centre du thorax. • Fréquence entre 100 et 120 par minute. • Profondeur de 5 à 6 cm, soit 1/3 du thorax. • 2 temps compression = décompression.
			Critères d'efficacité du MCE Enfant, Nourrisson ; <ul style="list-style-type: none"> • Patient sur un plan dur. • Au centre du thorax en s'adaptant à la taille de l'enfant utiliser soit 2 doigts soit 1 main soit les 2 mains en tenant avec une main (quand disponible) la tête de l'enfant. • Fréquence entre 120 et 140 par minute. • Profondeur 1/3 du thorax, 3/4 cm avant 1 an, 4/5 jusqu'à 8 ans. • 2 temps compression = décompression.
			Défibrillation précoce, 10 % de perte de chance de survie toutes les minutes en fibrillation ventriculaire non choquée. Ne pas débrancher ou étendre le DSA. L'origine cardiaque est présente dans 40% des ACR chez l'adulte, elle est rare chez l'enfant. Position des patchs pour que le courant traverse le coeur, selon les recommandations du constructeur. Démarrer le DSA et suivre les instructions. RCP systématique après la 1ère analyse. Adapter pour les autres analyses ; <ul style="list-style-type: none"> • Si choc délivré -> Reprise RCP. • Si pas de choc -> Recherche des signes de reprise d'activité cardiaque efficace (Respiration efficace + pouls frappant). • Si signes de vie + apporter O2 et mise sur le côté. • Si pas de signes de vie -> RCP.
		Ventiler	Ventilation chez l'adulte ; Tête en hyper-extension sublaxer la mâchoire et pratiquer 2 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min. Ventilation chez l'enfant ; L'arrêt étant dans 90 % des cas d'origine hypotonique chez l'enfant, commencer la RCP par 5 insufflations au masque facile et BAVU. Tête en légère hyper-extension sublaxer la mâchoire et pratiquer 2 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min.
		Utilisation du matériel d'urgence	Le chariot d'urgence. Perfuser le patient. Préparer les drogues d'urgences (adrénaline, cordarone, ...). Préparer le matériel d'intubation.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'obstruction des Voies Aériennes	Reconnaître et différencier les fausses routes partielles et totales.	La Fausse route Partielle ; Toux, parole, tirage, agitation.	PAS DE GESTES Accompagner à tousser pour faire sortir le corps étranger, calmer et rassurer, recueillir les constantes hémodynamiques et les signes cliniques (agitation, FR, détresse respiratoire), Prévenir le Médecin / les secours.
		La fausse route totale ; Pas de passage d'air, pas de toux, pas de parole, agitation.	Il y existe deux Techniques qui sont toutes les 2 efficaces, il faut enchaîner les 2 techniques à l'expulsion du corps étranger. <ul style="list-style-type: none"> Tapes Dorsales ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée et stimuler le réflexe de toux. Règles opératoires ; Pencher en avant la personne, la retenir, taper dans le dos 5 fois, avec la paume entre les omoplates. Manoeuvre d'Heimlich ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée. Règles opératoires ; Se placer derrière la personne et plaquer son dos contre votre poitrine, effectuer une compression sous diaphragmatique en arrière et vers le haut.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
Les malaises	Reconnaître différencier et agir.	Les hémorragies ; écoulement, quantité, aspect, marbrures, malaise, tachycardie, hypoTA, polypnée.	Stopper l'hémorragie par un appui local. Importance de se protéger, rappel sur les AES. Allonger la personne. Prévenir le Médecin / les secours. Le Garrot Ne s'utilise que dans certaines conditions, plusieurs plaies saignantes, plusieurs victimes, impossibilités d'arrêter un saignement par une compression. Au plus prêt du saignement. Noter l'heure de pose sur le membre. Ne jamais desserrer un garrot.
		Les Brûlures ; 1er Degré ; Rouge, chaud douleur. 2ème Degré ; Rouge, chaud, douleur, perte de substance, cloque. 3ème Degré ; Cartonné, blanc noir, perte de substance, pas de douleur.	Les différents types ; thermique, chimique, électrique, ingestion, inhalation, nucléaire. Prise en charge pour éviter l'extension de la brûlure en surface et en profondeur, et prévenir les risques infectieux d'hypothermie, de perte de liquide, de compression des tissus. Les critères de gravité ; profondeur, surface, localisation (visage, mains, articulations, orifices naturels, appareils génitaux), absence de douleur, brûlures circonflexes. Refroidir la brûlure, faire ruisseler de l'eau à 15°, 15cm au dessus pendant 15min.
		Les Traumatismes Douleur, déformation, plaie, impotence.	Demander les circonstances, observer le traumatisme, prévenir les secours. Immobiliser sans mobiliser, ne pas aggraver la ou les lésions. Mobilisation en monobloc ; Respect axe tête cou tronc bassin jambes. Ce fait à plusieurs en se synchronisant Le retrait de casque Non nécessaire quand conscient aider à enlever si demande de la victime. Si inconscient nécessaire, plus facile à 2. Respect de l'axe tête cou tronc Tenir la tête pendant toute la procédure. Pose d'un collier cervical avant de lâcher après le retrait.
		Respiratoire ; Coloration cutanée, bruits, efforts, dyspnée, pâleur, sueurs froides, difficultés à parler	Mettre en position de repos -> Demi-assis Traitement ; O ₂ , salbutamol. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Thoracique ; Rétro sternal, constrictive, irradiant bras gauche et mâchoire, coup de poignard, teint gris, pâleur.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Ne surtout pas faire faire d'effort à la victime. Traitement ; O ₂ , dérivés nitrés. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Vagal ; Nausées, vertiges, pâleur, vision trouble, suées, bouffées de chaleurs, affaiblissement.	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		L'Hypotension Étourdissement, nausées, Tachycardie, syncope, vision trouble	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		Neurologique ; Hémiplégie, paralysie faciale, aphasie, trouble de la vision, surdité, céphalées, épilepsie.	Mettre en position de repos -> Demi-assis ou allongé. Se dépêcher de déclencher la prise en charge, time is brain. Pendant les convulsions protéger et laisser convulser
		Hypoglycémie palpitations, sueurs, faiblesses, tremblements, troubles de la vision.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Contrôle glycémie. Inférieur à 0,50 g/L Resucrer avec sucre rapide et sucre lent

Sequence	Objectifs	Actions
Les situations sanitaires exceptionnelles	Connaitre - s'intégrer - participer	Identifier un danger dans l'environnement et d'appliquer les consignes de protection adaptée (y compris en cas d'alerte des populations ou de situations d'exception au sein de l'établissement)/
		Participer à la mise en œuvre des dispositifs d'organisation de la réponse du système sanitaire aux situations sanitaires exceptionnelles (dispositif ORSAN)
		S'intégrer dans la mise en œuvre des plans de secours et du plan blanc ou du plan bleu, selon le rôle prévu pour la profession exercée
		Etre sensibilisé aux risques NRBC-E et d'identifier son rôle en cas d'activation des dispositions spécifiques relatives aux risques NRBC-E du plan blanc, et les différents dispositifs de protection individuelle en fonction des risques

2. Formation AFGSU1 :

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ventile	Affirmer l'inconscience.	Inconscient : Pas de réponses aux demandes et aux stimulations.	Demander ordre simple ; « vous m'entendez », « ouvrez les yeux »
	La présence d'une ventilation efficace.		Attraper les 2 mains
	Assurer la perméabilité de VAS.	Ventilation efficace : Souffle, bruit, chaleur, soulèvement thorax	Percevoir le souffle Observer les mouvement du thorax et l'abdomen Ecouter les bruits respiratoire
	Installer sur le côté.		Rechercher en comptant 10 secondes
	Surveiller le patient.	Risque d'inhalation et de détresse respiratoire	Définir et expliquer les Gasp s ; respiration inefficace, pas d'entrée ni de sortie d'air par les VAS.
		Surveiller le patient	Effectuer mise sur le côté ; En tirant, assurer stabilité avec 3 points d'appuis, mettre la tête en hyper-extension et ouvrir la bouche, mettre la main opposée sous la joue. Surveiller la ventilation avec mouvement du ventre et sensation de souffle sur la paume de la main. Surveiller la venue d'écoulement extériorisé par la bouche, les évacuer le cas échéant.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ne ventile pas ou Le patient en ACR		ACR ; Inconscient, pas de respiration efficace	Diagnostic ; CF l'inconscient qui ventile Une personne inconsciente qui ne ventile pas est à considérer comme en Arrêt Cardio Respiratoire
		Appeler	Nom, prénom, numéro de téléphone, profession, adresse la plus précise y compris à l'hôpital, décrire la situation en précisant tous les éléments du diagnostic, donner la liste du matériel à disposition, attendre que les secours invitent à raccrocher.
	Affirmer l'inconscience, et l'absence d'une ventilation efficace.		Le Massage Cardiaque Externe doit être le plus précoce possible et sans interruption jusqu'à l'arrivée des secours.
	Appeler		Critères d'efficacité du MCE Adulte ; • Patient sur un plan dur. • Bras tendus, coudes verrouillés, paumes des mains au centre du thorax. • Fréquence entre 100 et 120 par minute. • Profondeur de 5 à 6 cm, soit 1/3 du thorax. • 2 temps compression = décompression.
	Masser		Critères d'efficacité du MCE Enfant, Nourrisson ; • Patient sur un plan dur. • Au centre du thorax en s'adaptant à la taille de l'enfant utiliser soit 2 doigts soit 1 main soit les 2 mains en tenant avec une main (quand disponible) la tête de l'enfant. • Fréquence entre 120 et 140 par minute. • Profondeur 1/3 du thorax, 3/4 cm avant 1 an, 4/5 jusqu'à 8 ans. • 2 temps compression = décompression.
	Définir		Défibrillation précoce, 10 % de perte de chance de survie toutes les minutes en fibrillation ventriculaire non choquée. Ne pas débrancher ou étendre le DSA. L'origine cardiaque est présente dans 40% des ACR chez l'adulte, elle est rare chez l'enfant. Position des patchs pour que le courant traverse le coeur, selon les recommandations du constructeur. Démarquer le DSA et suivre les instructions. RCP systématique après la 1ère analyse. Adapter pour les autres analyses; • Si choc délivré -> Reprise RCP. • Si pas de choc -> Recherche des signes de reprise d'activité cardiaque efficace (Respiration efficace + pouls frappant). • Si signes de vie + apporter O2 et mise sur le côté. • Si pas de signes de vie -> RCP.
	Utiliser le matériel à disposition		Ventilation chez l'adulte ; Tête en hyper-extension subluxer la mâchoire et pratiquer 2 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min.
			Ventilation chez l'enfant ; L'arrêt étant dans 90 % des cas d'origine hypotonique chez l'enfant, commencer la RCP par 5 insufflations au masque facile et BAVU. Tête en légère hyper-extension subluxer la mâchoire et pratiquer 2 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min.
			Utilisation du matériel d'urgence Le chariot d'urgence. Perfuser le patient. Préparer les drogues d'urgences (adrénaline, cordarone, ...). Préparer le matériel d'intubation.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'obstruction des Voies Aériennes	Reconnaître et différencier les fausses routes partielles et totales.	La Fausse route Partielle ; Toux, parole, tirage, agitation.	PAS DE GESTES Accompagner à tousser pour faire sortir le corps étranger, calmer et rassurer, recueillir les constantes hémodynamiques et les signes cliniques (agitation, FR, détresse respiratoire), Prévenir le Médecin / les secours.
		La fausse route totale ; Pas de passage d'air, pas de toux, pas de parole, agitation.	Il y existe deux Techniques qui sont toutes les 2 efficaces, il faut enchaîner les 2 techniques à l'expulsion du corps étranger. <ul style="list-style-type: none"> Tapes Dorsales ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée et stimuler le réflexe de toux. Règles opératoires ; Pencher en avant la personne, la retenir, taper dans le dos 5 fois, avec la paume entre les omoplates. Manoeuvre d'Heimlich ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée. Règles opératoires ; Se placer derrière la personne et plaquer son dos contre votre poitrine, effectuer une compression sous diaphragmatique en arrière et vers le haut.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
Les malaises	Reconnaître différencier et agir.	Les hémorragies ; écoulement, quantité, aspect, marbrures, malaise, tachycardie, hypoTA, polypnée.	Stopper l'hémorragie par un appui local. Importance de se protéger, rappel sur les AES. Allonger la personne. Prévenir le Médecin / les secours. Le Garrot Ne s'utilise que dans certaines conditions, plusieurs plaies saignantes, plusieurs victimes, impossibilités d'arrêter un saignement par une compression. Au plus prêt du saignement. Noter l'heure de pose sur le membre. Ne jamais desserrer un garrot.
		Les Brûlures ; 1er Degré ; Rouge, chaud, douleur. 2ème Degré ; Rouge, chaud, douleur, perte de substance, cloque. 3ème Degré ; Cartonné, blanc noir, perte de substance, pas de douleur.	Les différents types ; thermique, chimique, électrique, ingestion, inhalation, nucléaire. Prise en charge pour éviter l'extension de la brûlure en surface et en profondeur, et prévenir les risques infectieux d'hypothermie, de perte de liquide, de compression des tissus. Les critères de gravité ; profondeur, surface, localisation (visage, mains, articulations, orifices naturels, appareils génitaux), absence de douleur, brûlures circonflexes. Refroidir la brûlure, faire ruisseler de l'eau à 15°, 15cm au dessus pendant 15min.
		Les Traumatismes Douleur, déformation, plaie, impotence.	Demander les circonstances, observer le traumatisme, prévenir les secours. Immobiliser sans mobiliser, ne pas aggraver la ou les lésions. Mobilisation en monobloc ; Respect axe tête cou tronc bassin jambes. Ce fait à plusieurs en se synchronisant Le retrait de casque Non nécessaire quand conscient aider à enlever si demande de la victime. Si inconscient nécessaire, plus facile à 2. Respect de l'axe tête cou tronc Tenir la tête pendant toute la procédure. Pose d'un collier cervical avant de lâcher après le retrait.
		Respiratoire ; Coloration cutanée, bruits, efforts, dyspnée, pâleur, sueurs froides, difficultés à parler	Mettre en position de repos -> Demi-assis Traitement ; O2, salbutamol. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Thoracique ; Rétro sternal, constrictive, irradiant bras gauche et mâchoire, coup de poignard, teint gris, pâleur.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Ne surtout pas faire faire d'effort à la victime. Traitement ; O2, dérivés nitrés. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Vagal ; Nausées, vertiges, pâleur, vision trouble, suées, bouffées de chaleurs, affaiblissement.	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		L'Hypotension Étourdissement, nausées, Tachycardie, syncope, vision trouble	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		Neurologique ; Hémiplégie, paralysie faciale, aphasie, trouble de la vision, surdité, céphalées, épilepsie.	Mettre en position de repos -> Demi-assis ou allongé. Se dépêcher de déclencher la prise en charge, time is brain. Pendant les convulsions protéger et laisser convulser
		Hypoglycémie palpitations, sueurs, faiblesses, tremblements, troubles de la vision.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Contrôle glycémie. Inférieur à 0,50 g/L Resucrer avec sucre rapide et sucre lent

4. Formation Recyclage AFGSU1&2

Re-mobiliser et mettre à jours les connaissances et techniques des gestes et soins d'urgences acquis lors des formations AFGSU 1&2.

Cf formation AFGSU2 (page 9) Cf formation AFGSU1 (page 12).

5. Formation GSU Adultes

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ventile	Affirmer l'inconscience. La présence d'une ventilation efficace. Assurer la perméabilité de VAS. Installer sur le côté. Surveiller le patient.	Inconscient : Pas de réponses aux demandes et aux stimulations.	Demander ordre simple ; « vous m'entendez », « ouvrez les yeux » Attraper les 2 mains
		Ventilation efficace : Souffle, bruit, chaleur, soulèvement thorax	Percevoir le souffle Observer les mouvement du thorax et l'abdomen Ecouter les bruits respiratoire Rechercher en comptant 10 secondes
			Définir et expliquer les Gasps ; respiration inefficace, pas d'entrée ni de sortie d'air par les VAS.
		Risque d'inhalation et de détresse respiratoire	Effectuer mise sur le côté ; En tirant, assurer stabilité avec 3 points d'appuis, mettre la tête en hyper-extension et ouvrir la bouche, mettre la main opposée sous la joue.
		Surveiller le patient	Surveiller la ventilation avec mouvement du ventre et sensation de souffle sur la paume de la main. Surveiller la venue d'écoulement extériorisé par la bouche, les évacuer le cas échéant.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ne ventile pas ou Le patient en ACR	Affirmer l'inconscience, et l'absence d'une ventilation efficace. Appeler Masser Défibriller Utiliser le matériel à disposition	ACR ; Inconscient, pas de respiration efficace	Diagnostic ; CF l'inconscient qui ventile Une personne inconsciente qui ne ventile pas est à considérer comme en Arrêt Cardio Respiratoire
		Appeler	Nom, prénom, numéro de téléphone, profession, adresse la plus précise y compris à l'hôpital, décrire la situation en précisant tous les éléments du diagnostic, donner la liste du matériel à disposition, attendre que les secours invitent à raccrocher.
		Masser	Le Massage Cardiaque Externe doit être le plus précoce possible et sans interruption jusqu'à l'arrivée des secours.
			Critères d'efficacité du MCE Adulte ; <ul style="list-style-type: none"> • Patient sur un plan dur. • Bras tendus, coudes verrouillés, paumes des mains au centre du thorax. • Fréquence entre 100 et 120 par minute. • Profondeur de 5 à 6 cm, soit 1/3 du thorax. • 2 temps compression = décompression.
		Defibriller	Défibrillation précoce, 10 % de perte de chance de survie toutes les minutes en fibrillation ventriculaire non choquée. Ne pas débrancher ou étendre le DSA. L'origine cardiaque est présente dans 40% des ACR chez l'adulte, elle est rare chez l'enfant. Position des patchs pour que le courant traverse le coeur, selon les recommandations du constructeur. Démarrer le DSA et suivre les instructions. RCP systématique après la 1ère analyse. Adapter pour les autres analyses; <ul style="list-style-type: none"> • Si choc délivré -> Reprise RCP. • Si pas de choc -> Recherche des signes de reprise d'activité cardiaque efficace (Respiration efficace + pouls frappant). • Si signes de vie + apporter O2 et mise sur le côté. • Si pas de signes de vie -> RCP.
		Ventiler	Ventilation chez l'adulte ; Tête en hyper-extension subluxer la mâchoire et pratiquer 2 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min.
		Utilisation du matériel d'urgence	Le chariot d'urgence. Perfuser le patient. Préparer les drogues d'urgences (adrénaline, cordarone, ...). Préparer le matériel d'intubation.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'obstruction des Voies Aériennes	Reconnaître et différencier les fausses routes partielles et totales.	La Fausse route Partielle ; Toux, parole, tirage, agitation.	PAS DE GESTES Accompagner à tousser pour faire sortir le corps étranger, calmer et rassurer, recueillir les constantes hémodynamiques et les signes cliniques (agitation, FR, détresse respiratoire), Prévenir le Médecin / les secours.
		La fausse route totale ; Pas de passage d'air, pas de toux, pas de parole, agitation.	Il y existe deux Techniques qui sont toutes les 2 efficaces, il faut enchaîner les 2 techniques à l'expulsion du corps étranger. <ul style="list-style-type: none"> Tapes Dorsales ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée et stimuler le réflexe de toux. Règles opératoires ; Pencher en avant la personne, la retenir, taper dans le dos 5 fois, avec la paume entre les omoplates. Manoeuvre d'Heimlich ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée. Règles opératoires ; Se placer derrière la personne et plaquer son dos contre votre poitrine, effectuer une compression sous diaphragmatique en arrière et vers le haut.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
Les malaises	Reconnaître différencier et agir.	Les hémorragies ; écoulement, quantité, aspect, marbrures, malaise, tachycardie, hypoTA, polypnée.	Stopper l'hémorragie par un appui local. Importance de se protéger, rappel sur les AES. Allonger la personne. Prévenir le Médecin / les secours. Le Garrot Ne s'utilise que dans certaines conditions, plusieurs plaies saignantes, plusieurs victimes, impossibilités d'arrêter un saignement par une compression. Au plus prêt du saignement. Noter l'heure de pose sur le membre. Ne jamais desserrer un garrot.
		Les Brûlures ; 1er Degré ; Rouge, chaud douleur. 2ème Degré ; Rouge, chaud, douleur, perte de substance, cloque. 3ème Degré ; Cartonné, blanc noir, perte de substance, pas de douleur.	Les différents types ; thermique, chimique, électrique, ingestion, inhalation, nucléaire. Prise en charge pour éviter l'extension de la brûlure en surface et en profondeur, et prévenir les risques infectieux d'hypothermie, de perte de liquide, de compression des tissus. Les critères de gravité ; profondeur, surface, localisation (visage, mains, articulations, orifices naturels, appareils génitaux), absence de douleur, brûlures circonflexes. Refroidir la brûlure, faire ruisseler de l'eau à 15°, 15cm au dessus pendant 15min.
		Les Traumatismes Douleur, déformation, plaie, impotence.	Demander les circonstances, observer le traumatisme, prévenir les secours. Immobiliser sans mobiliser, ne pas aggraver la ou les lésions. Mobilisation en monobloc ; Respect axe tête cou tronc bassin jambes. Ce fait à plusieurs en se synchronisant Le retrait de casque Non nécessaire quand conscient aider à enlever si demande de la victime. Si inconscient nécessaire, plus facile à 2. Respect de l'axe tête cou tronc Tenir la tête pendant toute la procédure. Pose d'un collier cervical avant de lâcher après le retrait.
		Respiratoire ; Coloration cutanée, bruits, efforts, dyspnée, pâleur, sueurs froides, difficultés à parler	Mettre en position de repos -> Demi-assis Traitement ; O ₂ , salbutamol. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Thoracique ; Rétro sternal, constrictive, irradiant bras gauche et mâchoire, coup de poignard, teint gris, pâleur.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Ne surtout pas faire faire d'effort à la victime. Traitement ; O ₂ , dérivés nitrés. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Vagal ; Nausées, vertiges, pâleur, vision trouble, suées, bouffées de chaleurs, affaiblissement.	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		L'Hypotension Étourdissement, nausées, Tachycardie, syncope, vision trouble	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		Neurologique ; Hémiplégie, paralysie faciale, aphasie, trouble de la vision, surdité, céphalées, épilepsie.	Mettre en position de repos -> Demi-assis ou allongé. Se dépêcher de déclencher la prise en charge, time is brain. Pendant les convulsions protéger et laisser convulser
		Hypoglycémie palpitations, sueurs, faiblesses, tremblements, troubles de la vision.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Contrôle glycémie. Inférieur à 0,50 g/L Resucrer avec sucre rapide et sucre lent

6. Formation GSU Enfants et Nourrissons

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ventile	Affirmer l'inconscience. La présence d'une ventilation efficace. Assurer la perméabilité de VAS. Installer sur le côté. Surveiller le patient.	Inconscient : Pas de réponses aux demandes et aux stimulations.	Demander ordre simple ; « vous m'entendez », « ouvrez les yeux »
			Attraper les 2 mains
		Ventilation efficace : Souffle, bruit, chaleur, soulèvement thorax	Percevoir le souffle Observer les mouvement du thorax et l'abdomen Ecouter les bruits respiratoire
			Rechercher en comptant 10 secondes
		Risque d'inhalation et de détresse respiratoire	Définir et expliquer les Gasps ; respiration inefficace, pas d'entrée ni de sortie d'air par les VAS.
		Surveiller le patient	Effectuer mise sur le côté ; En tirant, assurer stabilité avec 3 points d'appuis, mettre la tête en hyper-extension et ouvrir la bouche, mettre la main opposée sous la joue. Surveiller la ventilation avec mouvement du ventre et sensation de souffle sur la paume de la main. Surveiller la venue d'écoulement extériorisé par la bouche, les évacuer le cas échéant.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ne ventile pas ou Le patient en ACR	Affirmer l'inconscience, et l'absence d'une ventilation efficace. Appeler Masser Défibriller Utiliser le matériel à disposition	ACR ; Inconscient, pas de respiration efficace	Diagnostic ; CF l'inconscient qui ventile Une personne inconsciente qui ne ventile pas est à considérer comme en Arrêt Cardio Respiratoire
		Appeler	Nom, prénom, numéro de téléphone, profession, adresse la plus précise y compris à l'hôpital, décrire la situation en précisant tous les éléments du diagnostic, donner la liste du matériel à disposition, attendre que les secours invitent à raccrocher.
		Masser	Le Massage Cardiaque Externe doit être le plus précoce possible et sans interruption jusqu'à l'arrivée des secours.
			Critères d'efficacité du MCE Enfant, Nourrisson ; <ul style="list-style-type: none"> • Patient sur un plan dur. • Au centre du thorax en s'adaptant à la taille de l'enfant utiliser soit 2 doigts soit 1 main soit les 2 mains en tenant avec une main (quand disponible) la tête de l'enfant. • Fréquence entre 120 et 140 par minute. • Profondeur 1/3 du thorax, 3/4 cm avant 1 an, 4/5 jusqu'à 8 ans. • 2 temps compression = décompression.
		Défibriller	Défibrillation précoce, 10 % de perte de chance de survie toutes les minutes en fibrillation ventriculaire non choquée. Ne pas débrancher ou étendre le DSA. L'origine cardiaque est présente dans 40% des ACR chez l'adulte, elle est rare chez l'enfant. Position des patchs pour que le courant traverse le coeur, selon les recommandations du constructeur. Démarrer le DSA et suivre les instructions. RCP systématique après la 1ère analyse. Adapter pour les autres analyses; <ul style="list-style-type: none"> • Si choc délivré -> Reprise RCP. • Si pas de choc -> Recherche des signes de reprise d'activité cardiaque efficace (Respiration efficace + pouls frappant). • Si signes de vie + apporter O2 et mise sur le côté. • Si pas de signes de vie -> RCP.
		Ventiler	Ventilation chez l'enfant ; L'arrêt étant dans 90 % des cas d'origine hypnotique chez l'enfant, commencer la RCP par 5 insufflations au masque facile et BAVU. Tête en légère hyper-extension sublaxer la mâchoire et pratiquer 2 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min.
		Utilisation du matériel d'urgence	Le chariot d'urgence. Perfuser le patient. Préparer les drogues d'urgences (adrénaline, cordarone, ...). Préparer le matériel d'intubation.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'obstruction des Voies Aériennes	Reconnaître et différencier les fausses routes partielles et totales.	La Fausse route Partielle ; Toux, parole, tirage, agitation.	PAS DE GESTES Accompagner à tousser pour faire sortir le corps étranger, calmer et rassurer, recueillir les constantes hémodynamiques et les signes cliniques (agitation, FR, détresse respiratoire), Prévenir le Médecin / les secours.
		La fausse route totale ; Pas de passage d'air, pas de toux, pas de parole, agitation.	Il y existe deux Techniques qui sont toutes les 2 efficaces, il faut enchaîner les 2 techniques à l'expulsion du corps étranger. <ul style="list-style-type: none"> Tapes Dorsales ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée et stimuler le réflexe de toux. Règles opératoires ; Pencher en avant la personne, la retenir, taper dans le dos 5 fois, avec la paume entre les omoplates. Manoeuvre d'Heimlich ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée. Règles opératoires ; Se placer derrière la personne et plaquer son dos contre votre poitrine, effectuer une compression sous diaphragmatique en arrière et vers le haut.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
Les mauxaises	Reconnaître différencier et agir.	Les hémorragies ; écoulement, quantité, aspect, marbrures, malaise, tachycardie, hypoTA, polypnée.	Stopper l'hémorragie par un appui local. Importance de se protéger, rappel sur les AES. Allonger la personne. Prévenir le Médecin / les secours. Le Garrot Ne s'utilise que dans certaines conditions, plusieurs plaies saignantes, plusieurs victimes, impossibilités d'arrêter un saignement par une compression. Au plus prêt du saignement. Noter l'heure de pose sur le membre. Ne jamais desserrer un garrot.
		Les Brûlures ; 1er Degré ; Rouge, chaud douleur. 2ème Degré ; Rouge, chaud, douleur, perte de substance, cloque. 3ème Degré ; Cartonné, blanc noir, perte de substance, pas de douleur.	Les différents types ; thermique, chimique, électrique, ingestion, inhalation, nucléaire. Prise en charge pour éviter l'extension de la brûlure en surface et en profondeur, et prévenir les risques infectieux d'hypothermie, de perte de liquide, de compression des tissus. Les critères de gravité ; profondeur, surface, localisation (visage, mains, articulations, orifices naturels, appareils génitaux), absence de douleur, brûlures circonflexes. Refroidir la brûlure, faire ruisseler de l'eau à 15°, 15cm au dessus pendant 15min.
		Les Traumatismes Douleur, déformation, plaie, impotence.	Demander les circonstances, observer le traumatisme, prévenir les secours. Immobiliser sans mobiliser, ne pas aggraver la ou les lésions. Mobilisation en monobloc ; Respect axe tête cou tronc bassin jambes. Ce fait à plusieurs en se synchronisant
		Respiratoire ; Coloration cutanée, bruits, efforts, dyspnée, pâleur, sueurs froides, difficultés à parler	Mettre en position de repos -> Demi-assis Traitement ; O2, salbutamol. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Thoracique ; Rétro sternal, constrictive, irradiant bras gauche et mâchoire, coup de poignard, teint gris, pâleur.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Ne surtout pas faire faire d'effort à la victime. Traitement ; O2, dérivés nitrés. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Vagal ; Nausées, vertiges, pâleur, vision trouble, suées, bouffées de chaleurs, affaiblissement.	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		L'Hypotension Étourdissement, nausées, Tachycardie, syncope, vision trouble	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au coeur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		Neurologique ; Hémiplégie, paralysie faciale, aphasie, trouble de la vision, surdité, céphalées, épilepsie.	Mettre en position de repos -> Demi-assis ou allongé. Se dépêcher de déclencher la prise en charge, time is brain. Pendant les convulsions protéger et laisser convulser
		Hypoglycémie palpitations, sueurs, faiblesses, tremblements, troubles de la vision.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Contrôle glycémie. Inférieur à 0,50 g/L Resucrer avec sucre rapide et sucre lent

7. Formation PSC1

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ventile	Affirmer l'inconscience. La présence d'une ventilation efficace. Assurer la perméabilité de VAS. Installer sur le côté. Surveiller le patient.	Inconscient : Pas de réponses aux demandes et aux stimulations.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander ordre simple ; « Tu m'entends », « ouvre les yeux », « bébé » • Stimulation auditive Faire des bruits « claquer des doigts devant chaque oreille » et « taper des mains »
			Attraper les 2 mains.
		Ventilation efficace : Souffle, bruit, chaleur, soulèvement thorax	La joue au-dessus de la bouche, les yeux dirigés vers le thorax +/- mains sur le thorax recherché. Mettre la tête en hyper-extension et ouvrir la bouche pour libérer les VAS. Souffle sur la joue, chaleur sur la joue, soulèvement du thorax ou du ventre.
			Rechercher en comptant 10 secondes.
			Définir et expliquer les Gasp ; respiration inefficace, pas d'entrée ni de sortie d'air par les VAS.
		Risque d'inhalation et de détresse respiratoire	Effectuer mise sur le côté ; En tirant, assurer stabilité avec 3 points d'appuis, mettre la tête en hyper-extension et ouvrir la bouche, mettre la main opposée sous la joue. Importance du maintien de la tête, pendant toutes les procédures.
		Surveiller le patient	Surveiller la ventilation avec mouvement du ventre et sensation de souffle sur la paume de la main. Surveiller la venue d'écoulement extériorisé par la bouche, les évacuer le cas échéant.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'inconscient qui ne ventile pas ou Le patient en ACR	Affirmer l'inconscience, et l'absence d'une ventilation efficace. Appeler Masser Définir Utiliser le matériel à disposition Affirmer l'inconscience, et l'absence d'une ventilation efficace. Appeler Masser Définir Utiliser le matériel à disposition.	ACR ; Inconscient, pas de respiration efficace	Diagnostic ; CF l'inconscient qui ventile . Un enfant ou nourrisson inconscient qui ne ventile pas est à considérer comme en Arrêt Cardio-Respiratoire.
		Appeler	Nom, prénom, numéro de téléphone, profession, adresse la plus précise y compris à l'hôpital, décrire la situation en précisant tous les éléments du diagnostic, donner la liste du matériel à disposition, attendre que les secours invitent à raccrocher.
		Ventiler	Ventilation chez l'enfant ; L'ACR étant à 90 % d'origine respiratoire chez l'enfant il faut commencer la séquence de RCP par 5 insufflations. Tête en légère hyper-extension sublaxer la mâchoire et pratiquer 5 insufflations avec un BAVU et un masque facial appliqué de façon étanche sur le nez et la bouche. Visualiser le soulèvement du thorax ou de l'abdomen. O2 ouvert à 15 L/min.
		Masser	Le Massage Cardiaque Externe doit être le plus précoce possible et sans interruption jusqu'à l'arrivée des secours.
			Critères d'efficacité du MCE Adulte ; <ul style="list-style-type: none"> • Patient sur un plan dur. • S'adapter en fonction de la taille de l'enfant, soit avec 2 doigts soit avec une main soit avec les 2 mains Bras tendus, coudes verrouillés, paumes des mains au centre du thorax. • Fréquence entre 120 et 140 par minute. • Profondeur 1/3 du thorax soit jusqu'à 3 ans 3-4 cm, et 4-5 cm de 3 à 8 ans. • 2 temps compression = décompression.
		Définir	Défibrillation précoce, Ne pas débrancher ou étendre le DSA. L'origine cardiaque est rare chez l'enfant. Utiliser les patchs enfants ou réducteur de charge si disponible. Position des patchs pour que le courant traverse le coeur, selon les recommandations du constructeur. Démarrer le DSA et suivre les instructions. RCP systématique après la 1ère analyse.
		Utilisation du matériel d'urgence	Le chariot d'urgence. Perfuser le patient. Préparer les drogues d'urgences (adrénaline, cordarone, ...). Préparer le matériel d'intubation.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
L'obstruction des Voies Aériennes	Reconnaître et différencier les fausses routes partielles et totales.	La Fausse route Partielle ; Toux, parole, tirage, agitation.	PAS DE GESTES Accompagner à tousser pour faire sortir le corps étranger, calmer et rassurer, recueillir les constantes hémodynamiques et les signes cliniques (agitation, FR, détresse respiratoire), Prévenir le Médecin / les secours.
		La fausse route totale ; Pas de passage d'air, pas de toux, pas de parole, agitation.	Il y existe deux Techniques qui sont toutes les 2 efficaces, il faut enchaîner les 2 techniques à l'expulsion du corps étranger. <ul style="list-style-type: none"> Tapes Dorsales ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée et stimuler le réflexe de toux. Règles opératoires ; S'adapter à la taille de l'enfant, assis sur une chaise, soit allongé sur une jambe la tête penchée en avant ou sur les 2 jambes, effectuer des tapes dans le dos entre les omoplates. Manoeuvre d'Heimlich ; Principe ; Expulser le corps étranger en créant une surpression brusque d'air dans la trachée. Règles opératoires ; Assis prendre l'enfant dans ses bras et plaquer son dos contre votre poitrine, effectuer une compression sous diaphragmatique en arrière et vers le haut.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
Hémorragie, brûlure, traumatisme osseux	Reconnaître différencier et agir.	Les hémorragies ; écoulement, quantité, aspect, marbrures, malaise, tachycardie, hypoTA, polypnée.	Stopper l'hémorragie par un appui local. Importance de se protéger, rappel sur les AES. Allonger la personne. Prévenir le Médecin / les secours. Le Garrot Ne s'utilise que dans certaines conditions, plusieurs plaies saignantes, plusieurs victimes, impossibilités d'arrêter un saignement par une compression. Au plus près du saignement. Noter l'heure de pose sur le membre. Ne jamais desserrer un garrot.
		Les Brûlures ; 1er Degré ; Rouge, chaud douleur. 2ème Degré ; Rouge, chaud, douleur, perte de substance, cloque. 3ème Degré ; Cartonné, blanc noir, perte de substance, pas de douleur.	Les différents types ; thermique, chimique, électrique, ingestion, inhalation, nucléaire. Prise en charge pour éviter l'extension de la brûlure en surface et en profondeur, et prévenir les risques infectieux d'hypothermie, de perte de liquide, de compression des tissus. Les critères de gravité ; profondeur, surface, localisation (visage, mains, articulations, orifices naturels, appareils génitaux), absence de douleur, brûlures circonflexes. Refroidir la brûlure, faire ruisseler de l'eau à 15°, 15cm au dessus pendant 15min.
		Les Traumatismes Douleur, déformation, plaie, impotence.	Demander les circonstances, observer le traumatisme, prévenir les secours. Immobiliser sans mobiliser, ne pas aggraver la ou les lésions. Mobilisation en monobloc ; Respect axe tête cou tronc bassin jambes. Ce fait à plusieurs en se synchronisant. Le retrait de casque. Non nécessaire quand conscient, aider à enlever si demande de la victime. Si inconscient nécessaire, plus facile à 2. Respect de l'axe tête cou tronc. Tenir la tête pendant toute la procédure. Pose d'un collier cervical avant de lâcher après le retrait.

Sequence	Objectifs	Reconnaissance des signes	Actions
Les malaises	Reconnaître différencier et agir.	Respiratoire ; Coloration cutanée, bruits, efforts, dyspnée, pâleur, sueurs froides, difficultés à parler	Mettre en position de repos -> Demi-assis Traitement ; O2, salbutamol. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Thoracique ; Rétro sternal, constrictive, irradiant bras gauche et mâchoire, coup de poignard, teint gris, pâleur.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Ne surtout pas faire faire d'effort à la victime. Traitement ; O2, dérivés nitrés. Aider à prendre les traitements. Appeler secours et demander au Médecin la conduite à tenir si impossibilité de la victime à prendre son traitement.
		Vagal ; Nausées, vertiges, pâleur, vision trouble, suées, bouffées de chaleurs, affaiblissement.	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au cœur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		L'Hypotension Étourdissement, nausées, Tachycardie, syncope, vision trouble	Mettre en position de repos -> Allongé, jambes surélevées -> Augmenter le retour sanguin au cœur -> augmenter débit sanguin cérébral.
		Neurologique ; Hémiplégie, paralysie faciale, aphasie, trouble de la vision, surdité, céphalées, épilepsie.	Mettre en position de repos -> Demi-assis ou allongé. Se dépêcher de déclencher la prise en charge, time is brain. Pendant les convulsions protéger et laisser convulser.
		Hypoglycémie palpitations, sueurs, faiblesses, tremblements, troubles de la vision.	Mettre en position de repos -> Demi-assis Contrôle glycémie. Inférieure à 0,50 g/L. Resucrer avec sucre rapide et sucre lent.