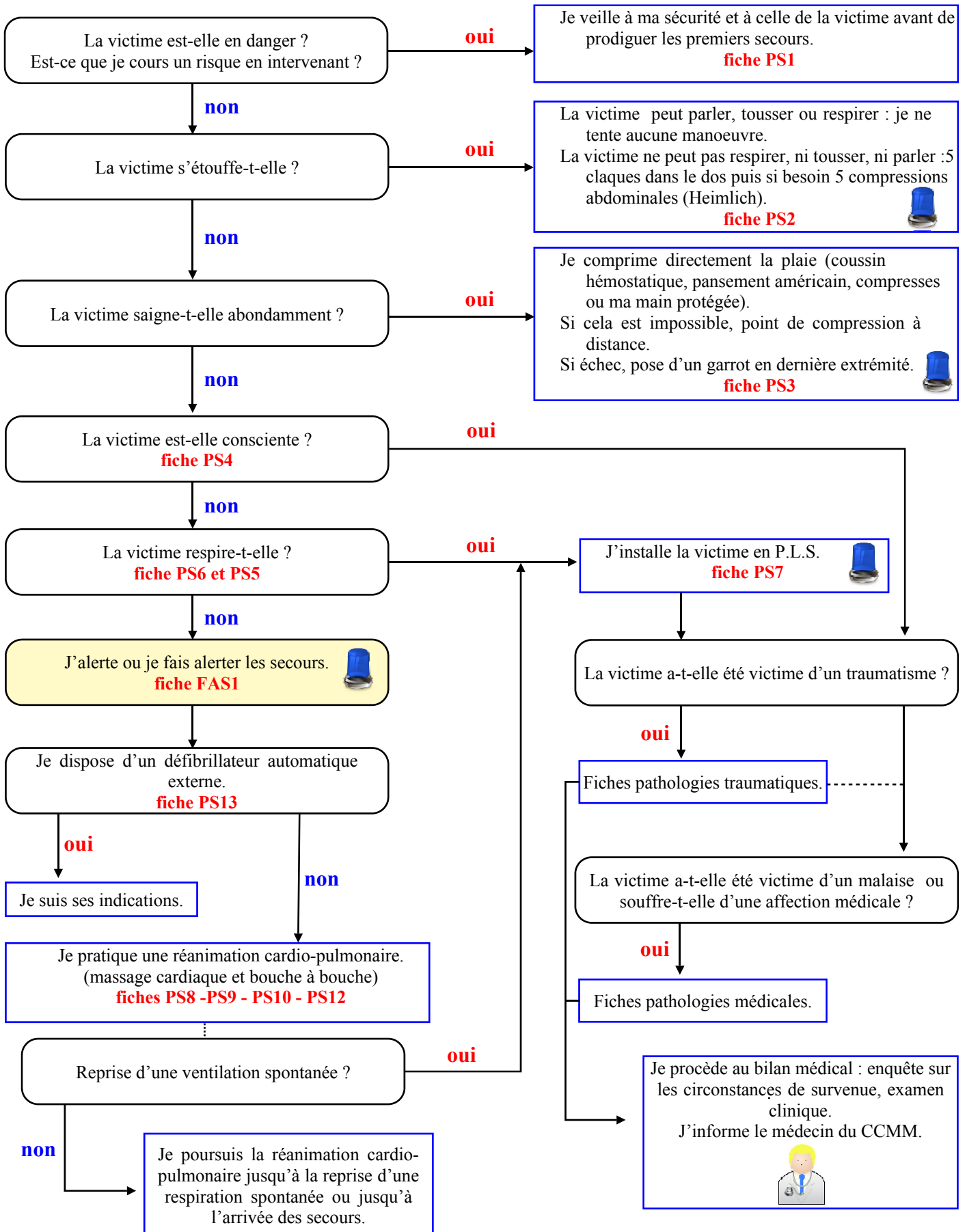
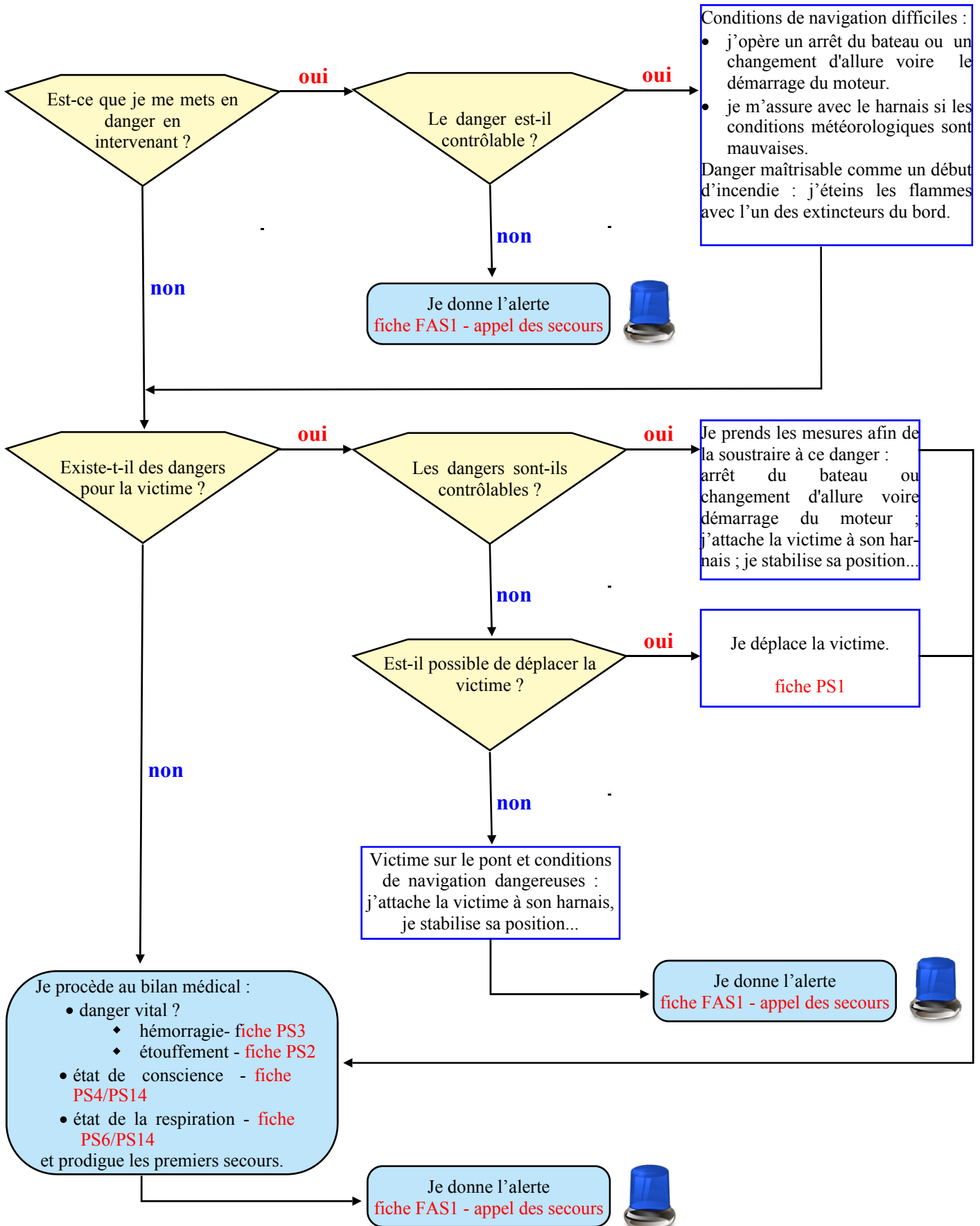
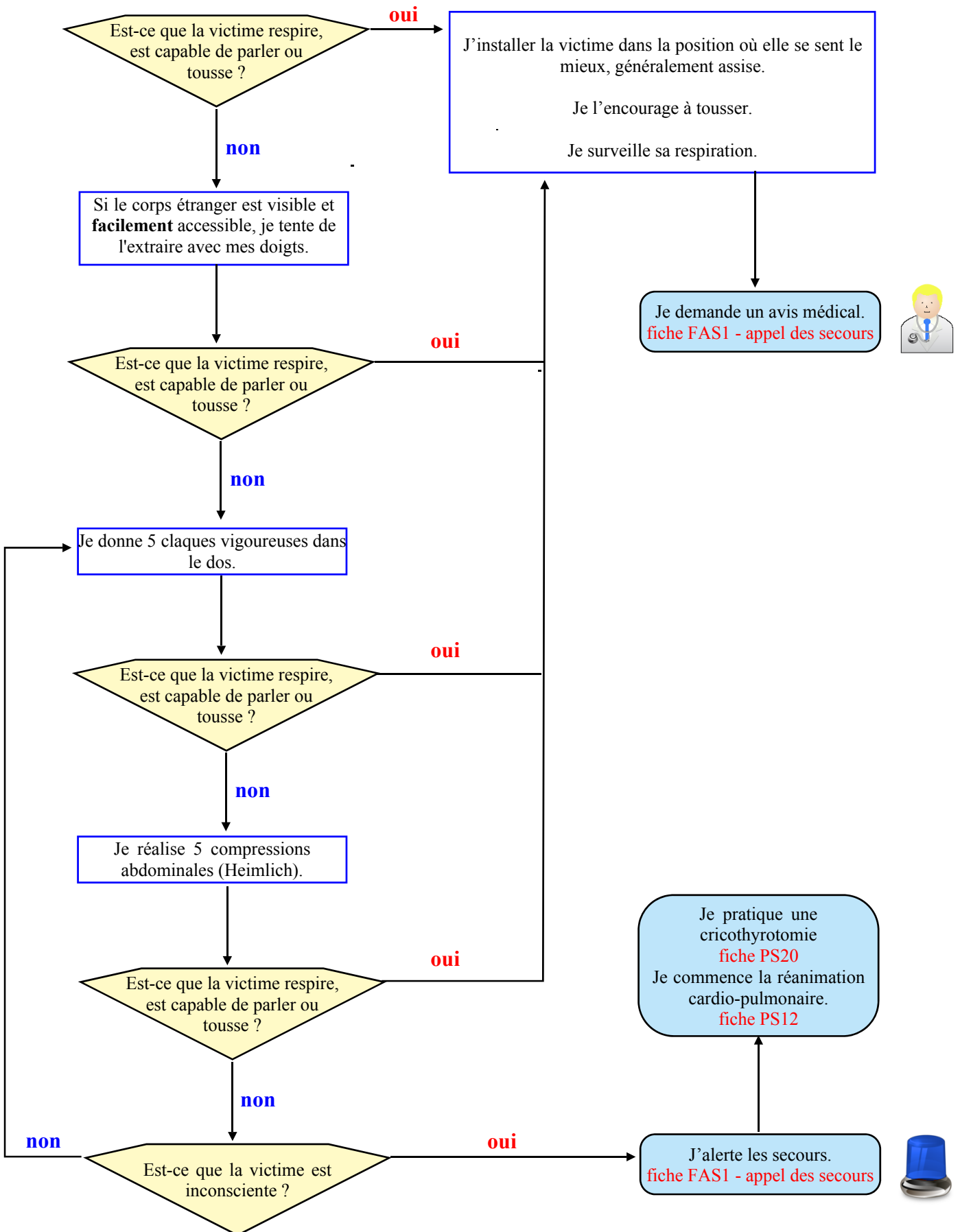


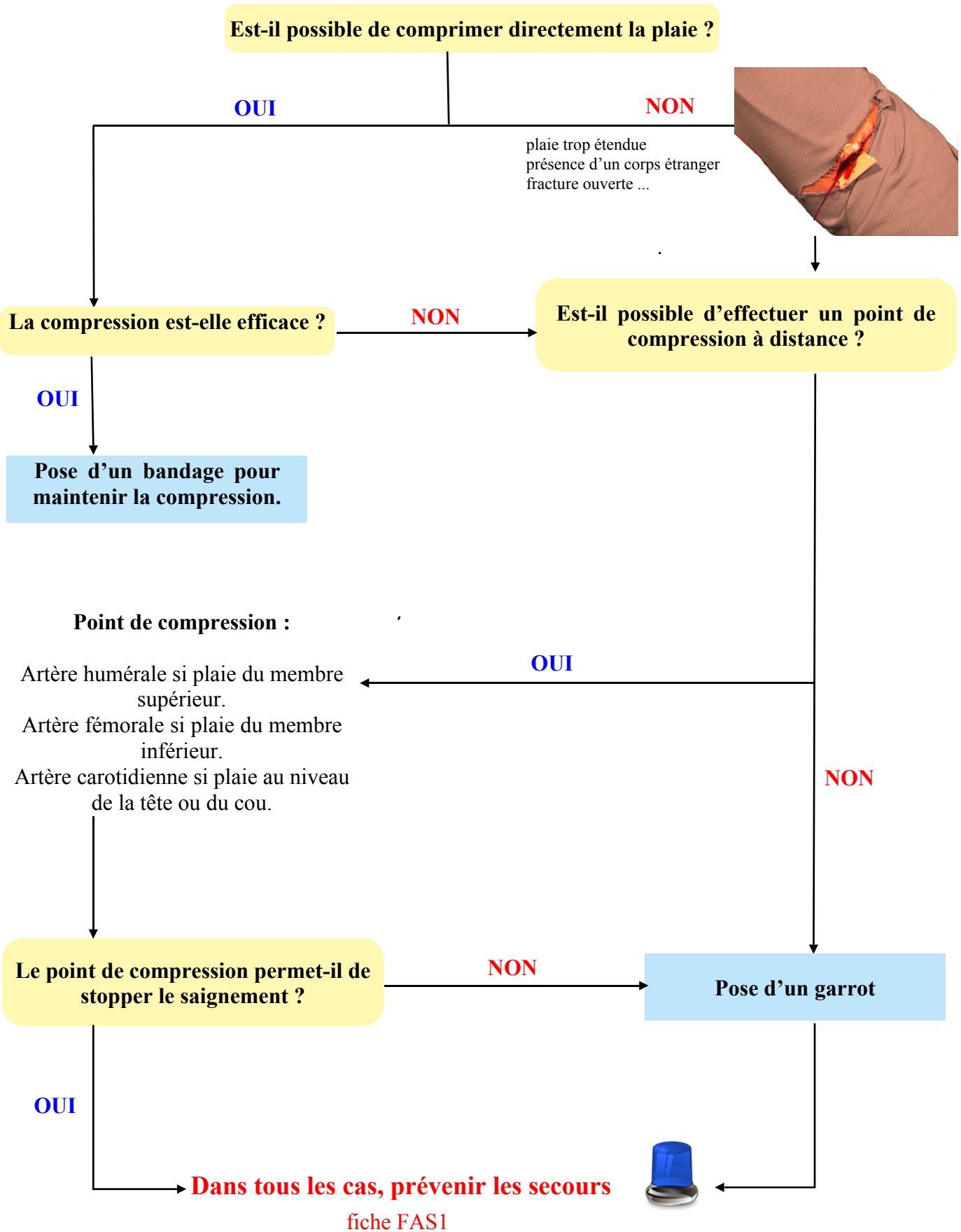
SCHÉMA GÉNÉRAL DE PRISE EN CHARGE D'UNE VICTIME - ADULTE.



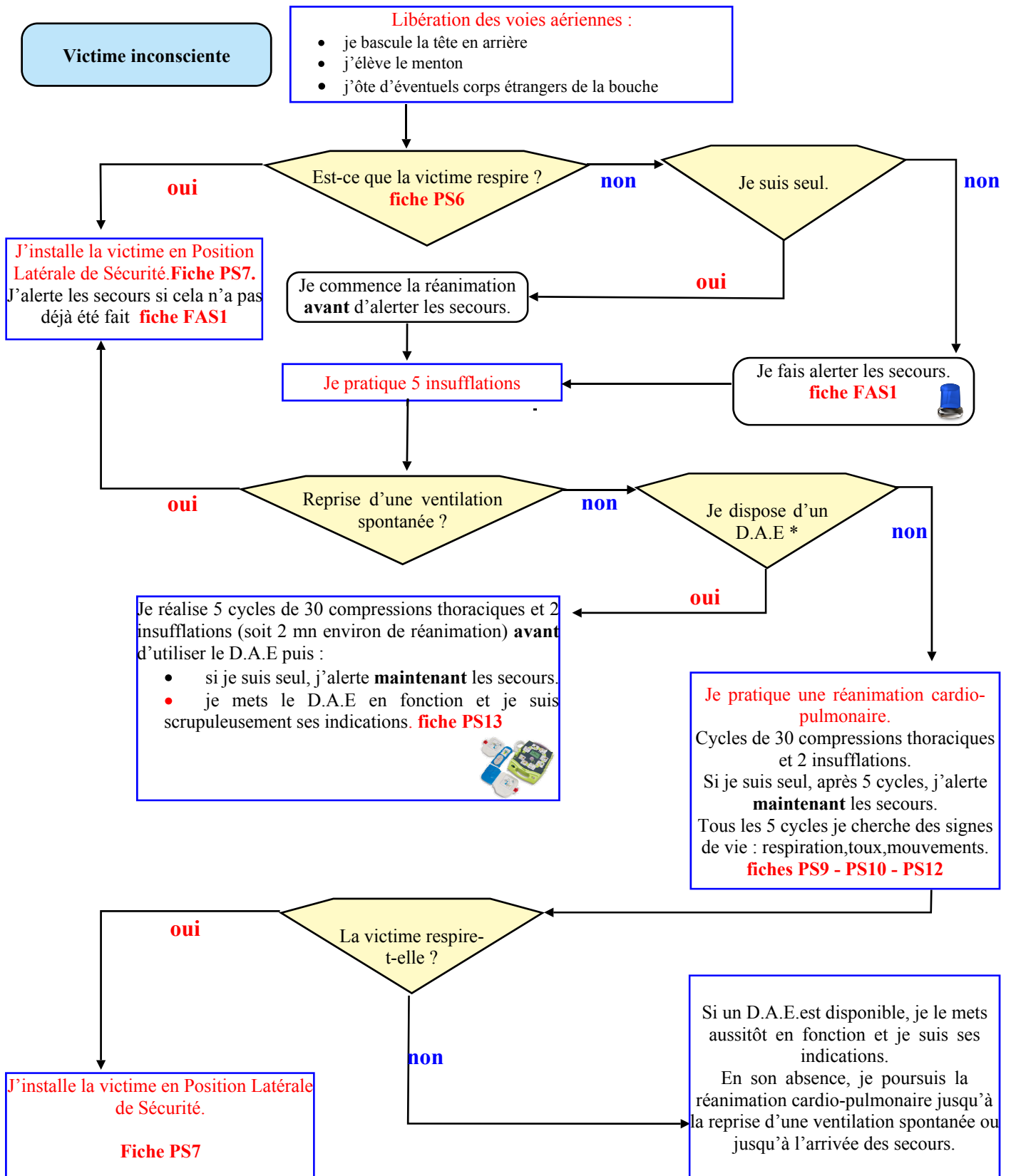




LA VICTIME SAIGNE ABONDAMMENT fiche PS3



LA VICTIME EST INCONSCIENTE Enfant ou Adulte victime de noyade ou de suffocation.



D.A.E * : Défibrillateur Automatique Externe.

AVANT L'APPEL

Le premier principe à observer est d'évaluer le niveau d'urgence. Sur le plan pratique, trois situations peuvent être caractérisées :



Il s'agit d'une urgence vitale. Le bilan des fonctions vitales, basé sur l'appréciation de la conscience, de la respiration, du système cardiocirculatoire est alarmant (fiches **AD0 / PS4 / PS6 / PS14**)

- la victime est en arrêt cardiorespiratoire.
- la victime respire, mais est inconsciente.
- la victime a des difficultés pour respirer ou est cyanosée.
- La victime perd du sang abondamment.

Les secours doivent être contactés **immédiatement** et des gestes de premiers secours prodigués sans attendre.



La victime présente des symptômes qui font craindre une pathologie exigeant une prise en charge médicale non différée.

- la victime se plaint d'une douleur violente dans la poitrine.
- la victime se plaint de violents maux de tête apparus très brutalement.
- la victime a perdu connaissance pendant un laps de temps.
- la victime est très pâle et est couverte de sueur.
- la victime se sent de plus en plus mal.
- la victime a présenté des convulsions.
- la victime présente des troubles neurologiques (paralysie, difficulté à s'exprimer, elle est désorientée, ses propos ne sont pas cohérents).
- la victime est très agitée ; il est impossible de la maîtriser.
- la victime présente une brûlure grave.
- la victime souffre énormément.

En règle général, tout symptôme apparu brutalement (« un coup de tonnerre dans un ciel serein ») ou qui s'accroît fortement, nécessite d'avoir un avis médical **rapidement**.



Il n'y a pas d'urgence véritable. Le pronostic vital n'est pas menacé et la victime ne présente aucun des symptômes mentionnés précédemment. Prenez le temps de recueillir le maximum de données cliniques en interrogeant la victime et en l'examinant. Ce temps de réflexion vous permettra de définir s'il convient ou non d'appeler les secours et dans l'affirmative d'être en mesure de fournir un bilan médical précis.

QUI APPELER ?

Le CROSS (Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage).

Par VHF :

Canal 16 (156,8 MH).

Canal 70 ASN (appel sélectif numérique).

Par téléphone GSM

Manche est-mer du Nord : CROSS Gris-Nez :

03 21 87 21 87

Manche centrale et Ouest Cotentin : CROSS Jobourg :

02 33 52 72 13

Manche Ouest et pointe de Bretagne : CROSS Corsen :

02 98 89 31 31

Atlantique : CROSS Etel :

02 97 55 35 35

Méditerranée : CROSS La Garde :

04 94 61 71 10

Antilles/Guyane : CROSS AG :

05 96 70 92 92

Le 112, numéro d'appel d'urgence européen, et demander un transfert au CROSS. (le 1616 n'est plus en service depuis juillet 2011).

Dans le cadre d'une demande d'aide médicale, le CROSS vous mettra en liaison avec le Centre de Consultation Médicale Maritime basé à Toulouse. Le médecin du CCMM évaluera la situation à partir des éléments que vous lui aurez transmis et, en concertation avec le CROSS, déterminera la conduite à tenir. (du simple conseil médical jusqu'à une évacuation sanitaire)

LE CENTRE DE CONSULTATION MÉDICALE MARITIME (CCMM).

Le CCMM, basé à l'hôpital Purpan à Toulouse et dépendant du SAMU 31, permet à tous les gens de mer, professionnels ou plaisanciers, d'obtenir en cas d'urgence un avis médical, et ce, gratuitement, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Vous êtes directement en communication avec un médecin régulateur, médecin urgentiste rompu aux particularités du milieu maritime. Ce dernier assurera une consultation médicale et définira la conduite à tenir. Si une évacuation de la victime est nécessaire, les moyens sont déclenchés par le CROSS sur avis médical du médecin du CCMM. Le CCMM peut également faire intervenir un SAMU de coordination médicale maritime situé dans le voisinage pour l'organisation locale des secours.

Comment appeler le CCMM ?

- Par l'intermédiaire du CROSS. Le CROSS vous mettra en communication avec le médecin régulateur du CCMM et restera à l'écoute – communication à trois.
- Par GSM : en appelant directement le **05 61 49 33 33**.

LA PROCÉDURE D'APPEL

Avant d'appeler, vous devez réunir les informations à transmettre :
la position de votre navire (données GPS ou relèvement-distance).
la nature de l'appel ; description sommaire de ce qui s'est passé et de l'état de la victime.

Appel du CROSS par VHF sur le canal 16. (PAN PAN Médical).

Vous devez utiliser le signal d'urgence : trois répétitions du groupe PAN PAN (se prononce panne).

PAN PAN (à répéter 3 fois).
Ici nom du bateau (à répéter 3 fois), indicatif d'appel
À la position (données GPS ou relèvement - distance)
Urgence médicale à bord. Demande assistance.
Informations courtes sur la nature du problème médical.
Ici nom du bateau
À vous.

PAN PAN, PAN PAN, PAN PAN
Ici le voilier LOLA, LOLA, LOLA, Bravo Charlie 4264
À la position 32 Nord – 46 Ouest
Urgence médicale à bord. Demande assistance.
Traumatisme crânien chez un équipier. Inconscient, mais respire.
Ici le voilier LOLA
A vous.

Appel du CROSS par VHF ASN

L'appel se déroule en deux temps. D'abord une première annonce d'urgence émise par appel sélectif numérique (canal 70) puis un message d'urgence émis par radiotéléphonie (canal 16). Lorsqu'une station côtière reçoit par ASN une annonce d'urgence, elle n'est pas informée de la nature exacte de l'appel, il est donc nécessaire de le préciser par un message émis par radiotéléphonie.

Premier temps : l'annonce d'urgence :

mode ASN canal 70.

« CALL » ; dans le menu « category », choisir « Urgency ». « Type » : l'annonce peut être faite pour tous (ALL SHIPS) ou à une station côtière particulière (INDIVIDUAL suivi du n° MMSI de la station). Confirmation et Envoi (SEND).

codage MMSI des CROSS :

CROSS Gris-Nez : 00 227 5100

CROSS Jobourg : 00 227 5200

CROSS Corsen : 00 227 5300

CROSS Etel : 00 227 5000

CROSS La Garde : 00 227 5400

Remarque : le CROSS n'envoie pas d'accusé de réception.

Second temps : le message d'urgence.

Passez sur le canal 16, et adressez votre message en suivant la même procédure vue précédemment.

Quelles que soient les modalités de l'appel, CROSS par VHF ou VHF ASN, CCMM par GSM, il convient de :

- Suivre scrupuleusement les directives données .
- Ne jamais mettre fin à la communication avant d'y avoir été invité.

FAS1-FICHE D'APPEL

Heure d'appel :

Nom du navire : Port d'origine :

Indicatif du navire : Cap ou route :

Numéro MMSI:

Position du navire (données GPS ou amers...) : Éléments caractéristiques du navire :

Nombre de personnes à bord :

Numéro de portable :

Que s'est-il passé ? (description sommaire) Ex : équipier percuté par la bôme ; est sans connaissance. / hémorragie impossible à arrêter. :

Heure de survenue de l'accident ou du problème médical :

Age de la victime : Traitements et maladies connues :
Sexe : M / F
Nom :

Je rédige le message d'urgence :

PAN PAN, PAN PAN, PAN PAN

Ici le bateau / / /
nom nom nom indicatif

À la position
données GPS ou relèvement distance

Urgence médicale à bord. Demande assistance.
.....
description sommaire du problème

Ici le bateau
nom

A vous.

CROSS		
VHF : canal 16 (156,8 MH).	canal 70 ASN	MMSI
Manche est-mer du Nord : CROSS Gris-Nez	03 21 87 21 87	00 227 5100
Manche centrale et Ouest Cotentin : CROSS Jobourg	02 33 52 72 13	00 227 5200
Manche Ouest et pointe de Bretagne : CROSS Corsen	02 98 89 31 31	00 227 5300
Méditerranée : CROSS La Garde	04 94 61 71 10	00 227 5400
Atlantique : CROSS Etel	02 97 55 35 35	00 227 5000
Antilles/Guyane : CROSS AG	05 96 70 92 92	
CCMM		
par l'intermédiaire du CROSS - communication à trois		
par GSM en appelant directement	05 61 49 33 33	

Appel VHF ASN

annonce d'urgence : canal 70
menu « catégorie »: choisir
« Urgency »
Pas d'accusé de réception du
CROSS.
Après l'envoi, je passe sur canal
16 pour envoi du message
d'urgence.

Je remplis les fiches « bilan » (FB) correspondant au problème médical survenu afin de pouvoir donner des précisions au médecin.

Je note les gestes entrepris et les médicaments éventuellement administrés :

.....
.....
.....
.....

TROUSSE PHARMACEUTIQUE DE BORD

(Secours médicalisés à moins de six heures - V. 1.1)

Quelques remarques avant d'embarquer...

- Les membres de l'équipage bénéficiant d'un traitement pour une affection chronique ne devront pas oublier d'embarquer avec leur traitement habituel voire avec les médicaments préconisés par leur médecin traitant en cas de complication de cette pathologie (exemple : ventoline pour un patient asthmatique).
- Vérifiez les dates de péremption des différents produits.
- Après utilisation d'un produit, le ranger à son emplacement sous peine de ne plus le retrouver ultérieurement.
- Informez vos équipiers de l'endroit où se trouve la pharmacie de bord.
- L'élément fondamental de toute dotation médicale de bord est... un moyen de communication.

Remarques sur la dotation.

- A propos du coronodilatateur. (trinitrine - NATISPRAY). Discutez avec votre médecin traitant de l'utilité ou non de ce produit indiqué dans le traitement de la crise d'angor. Cela dépendra de vos antécédents et de vos facteurs de risques.
- Cette trousse ne comporte pas d'adrénaline injectable, seul traitement en urgence d'un choc anaphylactique. Si vous êtes susceptible de faire une réaction allergique grave notamment aux venins d'hyménoptères (abeilles, frelons, guêpes), la présence à bord d'un kit injectable sera nécessaire. ANAPEN auto-injecteur à 0,1 % - a comme avantage par rapport aux autres kits de ne pas se conserver au frigo ; conserver cependant à moins de 30 °.
- Bien que la traumatologie représente la part essentielle des "aléas médicaux » pouvant survenir à bord, nous n'avons pas inclus d'attelles en raison de la relative proximité des secours. Si vous pensez préférable de disposer de ce matériel, nous vous conseillons l'acquisition de deux attelles modelables multi-usages de type Samsplint II. Deux attelles Samsplint permettent de faire face à la majorité des situations rencontrées.

PHARMACIE - SECOURS ACCESSIBLES EN 6 HEURES

CATÉGORIE THÉRAPEUTIQUE	DE NOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE (DCI)	SPECIALITÉ SUGGÉRÉE nom commercial	AUTRE CHOIX	P	Présentation Nombre d'unités et dosage	Liste I / II	Quantité	N°	Date de péremption
-------------------------	--	------------------------------------	-------------	---	--	--------------	----------	----	--------------------

ALLERGIE code ALL

corticoïde	bétaméthasone	CELESTENE			20 cp sec. 2 mg solubles	I	1 boîte	2	
------------	---------------	-----------	--	--	--------------------------	---	---------	---	--

ANTALGIQUES - ANTISPASMODIQUES - ANTI-INFLAMMATOIRES - MYORELAXANTS code DIF (douleur inflammation fièvre)

antalgique / antipyrétique	paracétamol	DOLKO 500			16 gel. 500 mg		1 boîte	1	
Antalgique (I)/ antipyrétique	paracétamol	DOLIPRANE 200		P	12 sachets 200 mg		1 boîte	1	
Antalgique niveau II	tramadol	CONTRAMAL			30 gel. 50 mg	I	1 plaquette	2	
anti-inflammatoire percutané	kétoprofène 2,5%	KETOPROFENE gel			tube de 60 g		1 tube	3	
antispasmodique	phloroglucinol	SPASFON Lyoc			10 lyocs à 80 mg		1 boîte	6	

CARDIOLOGIE code CAR

coronodilatateur	trinitrine	NATISPRAY			flacon pressurisé 200 doses à 0,15 mg par dose	II	1 flacon	1	
------------------	------------	-----------	--	--	--	----	----------	---	--

DERMATOLOGIE code DER

Crème écran total		PHOTODERM émulsion			flacon		1	1	
Stick lèvres écran total		ANTHELIOS			stick		1	1	
protection cutanée	trolamine	BIAFINE émulsion			tube de 100 ml		1 tube	2	

GASTRO-ENTEROLOGIE / NAUPATHIE code GAS

anti-acide estomac	Hydroxyde aluminium+magnésium	ROCGEL			24 sachets		4 sachets	1	
--------------------	-------------------------------	--------	--	--	------------	--	-----------	---	--

OPHTALMOLOGIE code OPH

lavage oculaire pour irritation	Acide borique+borate de sodium	DACRYOSERUM			20 unidoses de 5 ml		5 unidoses	1	
---------------------------------	--------------------------------	-------------	--	--	---------------------	--	------------	---	--

P : forme pédiatrique // **Liste I et II** : médicaments délivrés sur prescription

CLASSE THÉRAPEUTIQUE	DE NOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE	SPECIALITÉ SUGGÉRÉE	AUTRE CHOIX	P	Présentation Nombre d'unités et dosage	Liste I / II	Quantité	N°	Date de péremption
-------------------------	---	------------------------	-------------	---	---	-----------------	----------	----	-----------------------

O.R.L (Oreille - pharynx - larynx) code ORL

hémostatique local	alginat de calcium	COALGAN			5 sachets individuels		2 sachets	1	
--------------------	--------------------	---------	--	--	-----------------------	--	-----------	---	--

SET BLESSURES - TRAUMATOLOGIE code ACC

antiseptique	Chlorhexidine 0,05%	HIBIDIL 0,05%			20 unidoses de 5 ml		10	1	
Compresses stériles					Taille 30x30 (10cmx10cm pliée)		10	4	
sparadrapp		MEDIPORE			Rouleau 2,5 cm large		1	5	
Lot de pansements		KLINIPLAST waterproof			Boîte de 20 pansements assortis		1 boîte	6	
Pansement croix *							3	7	
Film adhésif		HYPAFIX transparent			Rouleau de 2m x 10 cm		50 cm	8	
Bande extensible simple		NYLEX					1	9	
Bande élast. auto-adhérente		3M COBAN					1	10	
Sparadrapp auto-adhérent		NYLEXOGRIP			Rouleau de 2,5 cm x 4 m		1	11	
Coussin hémostatique		HE.CO.STOP			carré de mousse avec bande		1	12	
Pansement américain					Pansement 15 cm x 20 cm		2	13	
éponge hémostatique nasale								14	
Sutures cutanées		LEUKOSAN Strip			Sachet de 6 sutures		1 sachet	15	
Gants simples latex taille 8							2	16	
Gants simples latex taille 6							2	16	
Pochette froid instantané		ICE-PACK					1	17	
Ciseaux dauphins 14 cm	1 bout rond et 1 bout pointu						1 paire	18	
Pince 14 cm	à bouts mousses sans griffes						1 pince	19	

DIVERS

- 1 couverture de survie
- 2 épingles de sûreté
- 1 briquet
- 1 paire de lunettes de soleil de secours

**INDICATIONS
CONTRE-INDICATIONS
POSOLOGIE
EFFETS INDÉSIRABLES
DES MÉDICAMENTS DE LA PHARMACIE.**

Signification des icônes.



Médicament délivré sans ordonnance.



Médicament liste I

- Médicaments qui ne peuvent être utilisés que sur prescription médicale.



Médicament liste II

- Sauf cas de force majeure, leur utilisation nécessite un avis médical (consultation CCMM).

ALLERGIE - code ALL

ALL2 / bétaméthasone



INDICATIONS : réactions allergiques sévères ; urticaire ; crise d'asthme. oedème de Quinke (gêne respiratoire avec gonflement de la gorge) ; crise d'asthme.

CONTRE-INDICATIONS: aucune dans le cadre d'une indication vitale. Certaines maladies virales en évolution (herpès, zona) et états infectieux ou mycosiques non contrôlés.

CELESTENE - cp sec 2 mg solubles

Pour le traitement d'une réaction allergique la posologie est :

Adulte: 0,1 à 0,2 mg/kg/ soit pour un adulte de 70 kg 3 à 7 cp en une prise.

Enfant > 6 ans : 0,1 à 0,3 mg/kg/ soit pour un enfant de 23 kg 1 à 3cp½ en une prise.

Antalgiques-antispasmodiques- anti-inflammatoires myorelaxants - code DFI

DIF1 / paracétamol



INDICATIONS : traitement des affections douloureuses ou fébriles. A donner en première intention.

CONTRE-INDICATIONS: allergie au paracétamol (exceptionnel)

DOLKO 500 - gel. à 500 mg

Posologie du paracétamol:

Adulte et enfant > 15 ans: 500 mg à 1 g une à quatre fois par 24h en prises espacées de 6 heures (minimum 4 heures)

DOLIPRANE 200 poudre - sachet à 200 mg

Enfant: 60 mg/kg/24 en quatre prises orales espacées de 6 heures soit 15 mg/kg par prise toutes les six heures.

Pour un enfant de 23 kg : environ 1 sachet ½ toutes les six heures.

DIF2 / tramadol



INDICATIONS : traitement des douleurs intenses. Traitement en deuxième intention.

CONTRE-INDICATIONS: grossesse, enfant de moins de 12 ans, allergie connue aux opiacés.

Propriétés : analgésique morphinique mineur.

Effets indésirables : ce médicament peut parfois être mal supporté avec la possibilité en particulier de nausées, d'étourdissements, de maux de tête, de somnolence, de démangeaisons.

CONTRAMAL - gel. à 50 mg

Adulte et enfant >12 ans : 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 400 mg/24 h.

DIF3/ kétoprofène



INDICATIONS : traumatologie mineure : entorse, contusion, courbatures, élongations musculaires, oedèmes post-traumatiques. Tendinites.

CONTRE-INDICATIONS: allergie connue au produit. Ne pas mettre en contact avec l'oeil, une muqueuse, une plaie. Insuffisance rénale sévère.

Propriétés : action antalgique, antiinflammatoire et antioedémateuse.

Effets indésirables : possibilité de réaction cutanée allergique imposant l'arrêt immédiat. Rougeur fréquente au niveau de la zone d'application.

KETOPROFENE GEL 2,5 % - tube de 60 g.

Utilisation: application locale en massant légèrement à raison de 2 à 3 fois par jour.

Précautions : **ne pas exposer au soleil la zone sur laquelle a été appliquée le gel** - risque de photosensibilisation. Interrompre immédiatement le traitement en cas de réaction allergique.

DFI6/ phloroglucinol



INDICATIONS : douleurs abdominales et pelviennes:manifestations spasmodiques du tube digestif, des voies urinaires et biliaires ; douleurs des règles ; colique hépatique et colique néphrétique.

CONTRE-INDICATIONS: allergie connue au produit (très rare).

Effets secondaires :réaction cutanée allergique (très rare). Dans ce cas, arrêt du traitement.

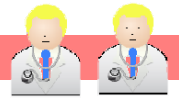
SPASFON Lyoc - lyoc à 80 mg

Adulte : 2 lyocs 2 à 3 fois par jour. Pour une action plus rapide, les laisser fondre SOUS la langue.

Enfant : 1 lyoc 2 fois par jour.

CARDIOLOGIE REANIMATION code CAR

CAR1 / trinitrine



INDICATIONS : traitement préventif et curatif de la crise d'angor (« angine de poitrine »).

CONTRE-INDICATIONS absolues : allergie aux dérivés nitrés, état de choc, hypotension, association au sildénafil (Viagra).

Effets indésirables : céphalées, bouffées de chaleur, rougeur de la peau, possibilité de baisse tensionnelle +/- malaise notamment chez le sujet âgé, nausées, vomissements.

NATISPRAY 0,15 - flacon pressurisé de 200 doses à 0,15 mg par dose

1 pulvérisation sous la langue en cas de crise à répéter 1 à 2 fois après 3 minutes si la crise persiste.

DERMATOLOGIE - code DER

DER1 / écran total



INDICATIONS : prévention des coups de soleil (UVB) et du vieillissement actinique de la peau (UVA). Choisir un produit avec un indice de protection SPF au moins de 50 et hydrofuge.

phototype	peau	cheveux	bronzage	Coups de soleil	
I	laiteuse	roux	jamais	+++	Protection permanente avec un produit ayant un SPF au moins égal à 50.
II	pâle	blonds	Léger hâle	++	
III	blanche	châtains clairs	hâle	fréquents	Protection permanente avec un produit ayant un SPF au moins égal à 50 si mer ou montagne. Sinon indice 20 pendant 3 jours puis indice 15.
IV	mate claire	châtains foncés	foncé	rare	
V	mate foncée	bruns	Très foncé	Très rares	
VI	noire	noirs	noir	jamais	

PHOTODERM SPF50

Utilisation : appliquer ½ heure avant l'exposition au soleil. Renouveler l'application toutes les heures et après une baignade ou transpiration.

ANTHELIOS stick - stick pour les lèvres.

Utilisation : appliquer ½ heure avant l'exposition au soleil. A renouveler toutes les 2 heures.

ACCI-3 / trolamine



INDICATIONS : radioprotection cutanée ; plaies cutanées non infectées et brûlures superficielles.

CONTRE-INDICATIONS: plaies hémorragiques ou infectées, dermatoses allergiques.

Propriétés : action mécanique de déterision et de drainage sans action antiseptique propre.

Effets indésirables : possibilité de picotements dans les 30 mn qui suivent l'application ; effet transitoire.
Rare allergie de contact nécessitant l'arrêt du traitement.

BIAFINE émulsion - tube de 100 ml

Utilisation :

Brûlures du 1er degré : appliquer en couche épaisse jusqu'à refus de la peau. Faire pénétrer par un léger massage. Renouveler 2 à 4 fois par jour.

Brûlures du 2e degré et autres plaies cutanées : après nettoyage de la plaie, appliquer en couche épaisse en débordant largement la surface de la lésion et renouveler les applications afin de maintenir toujours un excédent d'émulsion sur la lésion. Recouvrir si besoin d'une compresse humidifiée et terminer le pansement. Ne pas utiliser de pansement absorbant sec.

GASTRO-ENTEROLOGIE - code GAS

GAS1 / hydroxyde aluminium et magnésium



INDICATIONS : brûlures , aigreurs de l'estomac et de l'oesophage.

CONTRE-INDICATIONS: Insuffisance rénale sévère.

ROCGEL - sachet

Adulte : Prendre 1 sachet en cas de douleur. La posologie habituelle est de 1 sachet à prendre 90 mn après le début de chaque repas.

OPHTALMOLOGIE - code OPHT

OPHT-1 / acide borique+borate de sodium



INDICATIONS : irritations des paupières et du globe oculaire.

CONTRE-INDICATIONS: allergie connue au produit.

DACRYOSERUM - unidoses de 5 ml

Utilisation : Les lavages se font de façon directe, par jet, en retournant le récipient unidose et en appuyant légèrement sur celui-ci, en prenant garde de ne pas mettre le mettre en contact avec la surface de l'oeil et en essuyant l'excédent avec une compresse ou du coton hydrophile. Utiliser le récipient unidose immédiatement après ouverture et le jeter après usage. Ne pas réutiliser une unidose entamée.

O.R.L - code ORL

ORL1 / alginate de calcium



INDICATIONS : Saignements de nez, cutanés, buccaux .

CONTRE-INDICATIONS: aucune.

Effets indésirables : contient des traces de chlorure de benzalkonium, son utilisation peut provoquer des réactions d'hypersensibilité chez certains sujets sensibles.

Précautions : si de la chlorhexidine a été utilisée, rincer abondamment la lésion avec une solution physiologique avant d'appliquer Coalgan afin d'éviter toute interaction.

COALGAN - boîte de 5 sachets individuels.

Utilisation :

Saignement de nez : pencher la tête en avant, se moucher afin d'éliminer les caillots. Torsader Coalgan pour obtenir une mèche compacte (Coalgan peut être imprégné de sérum physiologique pour faciliter son introduction dans la narine). Introduire Coalgan. Pincer les deux narines pendant 10 minutes. Laisser Coalgan en place au moins 30 minutes.

Saignement buccal (lèvres, gencives, langue...) :

Appliquer sur la lésion.

Retirer Coalgan à l'arrêt du saignement ; les éventuelles fibres restant après le retrait de Coalgan s'éliminent naturellement.

SET BLESSURES - TRAUMATOLOGIE code ACC

ACC1 / Chlorhexidine



INDICATIONS : antiseptie ; désinfection de la peau.

CONTRE-INDICATIONS: allergie connue au produit. Ne pas mettre en contact avec l'oeil, le conduit auditif.

Précautions : conserver à l'abri de la lumière ; inactivation en présence de savon.

Effets indésirables : possibilité de réaction cutanée allergique (urticaire) ; rare.

HIBIDIL 0,05% - unidose de 5 ml

Solution prête à l'emploi.

ACC4/ compresses.

ACC5/ sparadrap

Fixation d'un pansement, d'une bande.

Effets indésirables : allergie cutanée à la colle ou au support.

ACC6/ lot de pansements

Lot de pansements Kliniplast waterproof.

Boîte de 20 pansements assortis ; 12 pansements 38 x 72 mm et 8 pansements 38 x 38 mm.

Pansements résistants à l'eau.

ACC7/ pansements croix



Pansements spécialement conçus pour les blessures de la main ou du pied. Prévus pour s'adapter entre les doigts ou sur les paumes.

ACC8/ film adhésif



HYPAFIX transparent - rouleau de 2mx10cm.

Pour la fixation des pansements. Protection de la peau (prévention des ampoules).

Totalement imperméable à l'eau. Peut être découpé pour s'adapter à toute taille de pansement.

ACC9/ bande extensible



Bande Nylex ou Velpeau.

Pour la fixation de pansements.



ACC10/bande élastique auto-adhérente



3M COBAN - bande de 7.5 cm x 4,5m.

Bande auto-adhérente sans colle ; ne colle pas à la peau.

Usages multiples : immobilisation d'une articulation suite à un traumatisme, fixation d'un pansement, maintien d'une compression au cours d'un saignement, contention d'un membre gonflé (oedème), maintien d'un sachet de froid instantané.

Effets indésirables : allergie au support ; rare.

ACC11/ sparadrap auto-adhérent



NYLEXOGRIP - bande de 2,5cmx4m.

Bande auto-adhésive sans colle ; ne colle pas à la peau.

Usages: maintien de pansements aux doigts ; immobilisation doigts ou orteils suite à un traumatisme.

ACC12/ coussin hémostatique



HE.CO.STOP.

Bande élastique avec fermeture velcro et carré de mousse.

Indication : traitement d'urgence d'une hémorragie externe.

ACC13/ pansement américain



Pansement américain.

Indication : saignement abondant. Pour compression; à fixer avec une bande auto-adhésive.

ACC14/ éponge hémostatique nasale

Indication : saignement de nez ne cédant pas à la simple compression digitale.

ACC15/ sutures cutanées



LEUKOSAN Strip - sachets de 5 sutures 3x75mm

Pour fermeture cutanée de petites plaies sans perte de substances.

ACC16/ gants

Gants latex non stériles.

2 paires en taille 6 ; 2 paires en taille 8.

ACC17/ pochette froid instantané



ICE-PACK

Permet d'obtenir instantanément une température de -10°. Remontée de la température à 0° en 30 mn.

Indications : traumatisme, contusion. Pochette à maintenir avec une bande cohésive.

ACC18/ ciseaux



Ciseaux Dauphins en acier inox.

Droits , 14 cm, munis d'un bout mousse et d'un bout pointu.

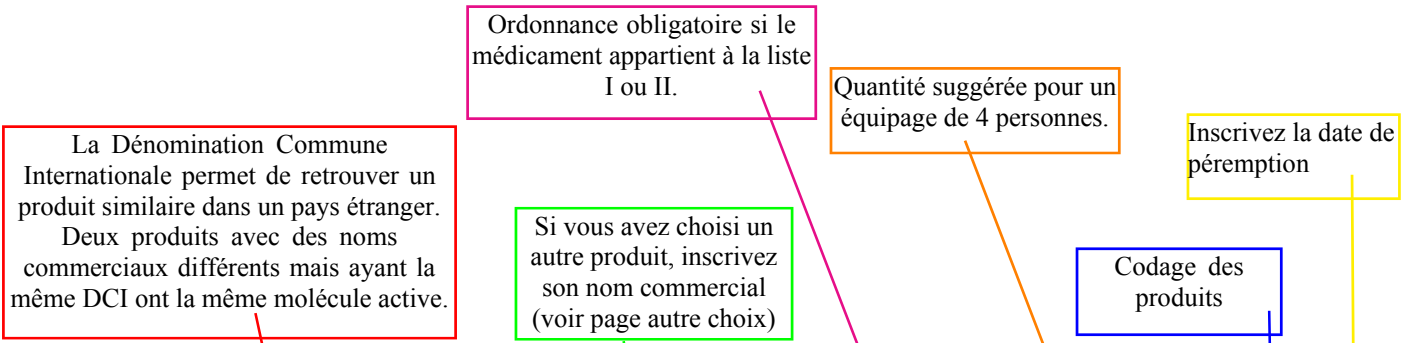
ACC19/ pince



Pince en acier inox

14 cm, bouts mousses sans griffes.

ANNEXE 1



CATÉGORIE THÉRAPEUTIQUE	DE NOMINATION INTERNATIONALE COMMUNE (DCI)	SPÉCIALITÉ SUGGÉRÉE nom commercial	AUTRE CHOIX	P	Présentation Nombre d'unités et dosage	Liste I / II	Quantité	N°	Date de péremption
ANTALGIQUES - ANTISPAMODIQUES - ANTI-INFLAMMATOIRES - MYORELAXANTS									
antalgique / antipyrétique	paracétamol	DOLKO 500			16 gel. 500 mg		1 boîte	1	
Antalgique (I)/ antipyrétique	paracétamol	DOLIPRANE 200		P	12 sachets 200 mg		1 boîte	1	
Antalgique niveau II	tramadol	CONTRAMAL			30 gel. 50 mg	I	1 plaquette	2	
anti-inflammatoire percutané	kétoprofène 2,5%	KETOPROFENE gel			tube de 60 g		1 tube	3	

DIF2 / tramadol

INDICATIONS : traitement des douleurs intenses. Traitement en deuxième intention.

CONTRE-INDICATIONS : grossesse, enfant de moins de 12 ans, allergie connue aux opiacés.

Propriétés : analgésique morphinique mineur.

Effets indésirables : ce médicament peut parfois être mal supporté avec la possibilité en particulier de nausées, d'étourdissements, de maux de tête, de somnolence, de démangeaisons.

CONTRAMAL - gel. à 50 mg
 Adulte et enfant >12 ans : 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 400 mg/24 h.

nom commercial du produit, forme et utilisation.

Indications, Contre-Indications, effets indésirables... de la molécule active.

médicament liste I



ANNEXE 2

Proposition de quelques produits équivalents à ceux figurant dans la trousse pharmaceutique. Noms commerciaux.

ALLERGIE

ALL1 : bétaméthasone 2 mg : BETNESOL / BETAMETHASONE ARROW / BETAMETHASONE EG / BETAMETHASONE WINTHROP.

ANTALGIQUES - ANTISPASMODIQUES - ANTI-INFLAMMATOIRES - MYORELAXANTS

DIF1 : paracétamol : GELUPRANE / EFFERALGAN / DOLIPRANE / FEBRECTOL / PARACETAMOL ALMUS / PARACETAMOL ACTAVIS

DIF2 : tramadol : TRAMADOL BIOGARAN / TRAMADOL ARROW / TRAMADOL MYLAN : TRAMADOL WINTHROP / TRAMADOL ZYDUS

DIF3 : kétoprofène gel : KETUM gel / PROFENID gel / KETOPROFENE EG gel / KETOPROFENE MYLAN gel

DIF6 : phloroglucinol : PHLOROGLICINOL ISOMED / PHLOROGLICINOL ARROW / PHLOROGLICINOL MYLAN

CARDIOLOGIE

CAR1 : trinitrine : LENITRAL spray /

GASTRO-ENTEROLOGIE

GAS1 : anti-acide gastrique : GELOX / MAALOX / GELUSIL / XOLAAM

BLESSURE - TRAUMATOLOGIE

ACC1 : chlorhexidine : CHLORHEXIDINE URGO / CHLORHEXIDINE COOPER / HIBISPRINT / PLUREXID / HIBITANE

ACC10 : bande élastique auto-adhérente : COHEBAN / CO PLUS / URGOBAND

ACC15 : sutures cutanées : STERI-STRIP - URGOSTRIPS - CURAPONT -

- Étiquettes pour contenants primaires.
- 8 étiquettes / page
- AVERY - compatible J8165, J8365, L7165, L7565, L7765

Pharmacie de bord - secours médicalisés à moins de six heures

ALLERGIE

ALL

ALL1 bétaméthasone

ANTALGIQUES

douleur inflammation fièvre

DIF1 paracétamol
DIF2 tramadol
DIF3 kétoprofène
DIF6 phloroglucinol

DIF

CARDIOLOGIE

CAR

CAR1 trinitrine

DERMATOLOGIE

DER

DER1 écran solaire
DER2 trolamine

GASTRO- ENTEROLOGIE

GAS

GAS1 hydroxide aluminium magnésium

OPHTALMOLOGIE

OPH

OPH1 acide borique

Oreille - Pharynx - Larynx

ORL

ORL1 alginate de calcium

BLESSURE TRAUMATOLOGIE

ACC

ACC1 chlorhexidine
ACC4 compresses
ACC5 médipore
ACC6 kliniplast
ACC7 pansement croix
ACC8 hypafix
ACC9 nylex
ACC10 3MCoban
ACC11 nylexogrip
ACC12 HE CO STOP
ACC13 pst américain
ACC14 -----
ACC15 leukosan strip
ACC16 gants
ACC17 Ice Pack
ACC18 ciseaux
ACC19 pince

ALLERGIE

ALL

ANTALGIQUES

douleur inflammation fièvre

DIF

CARDIOLOGIE

CAR

DERMATOLOGIE

DER

**GASTRO-
ENTEROLOGIE**

GAS

OPHTALMOLOGIE

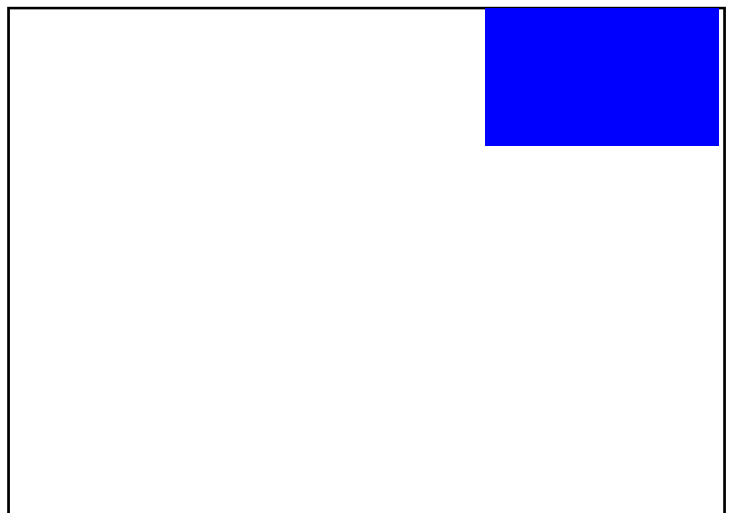
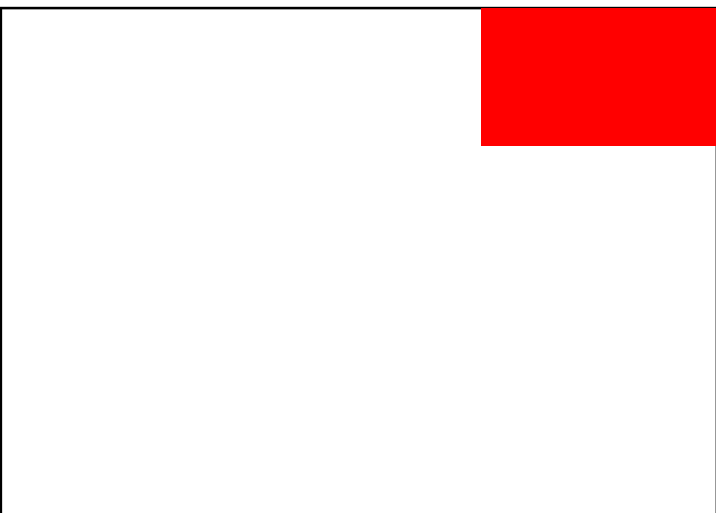
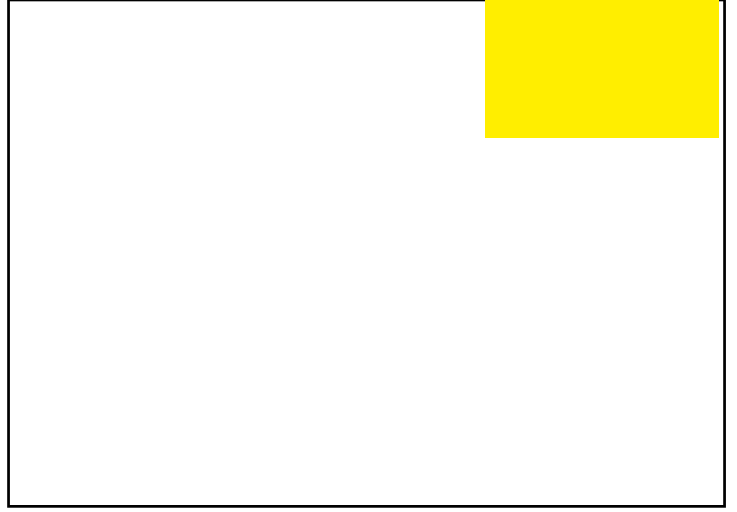
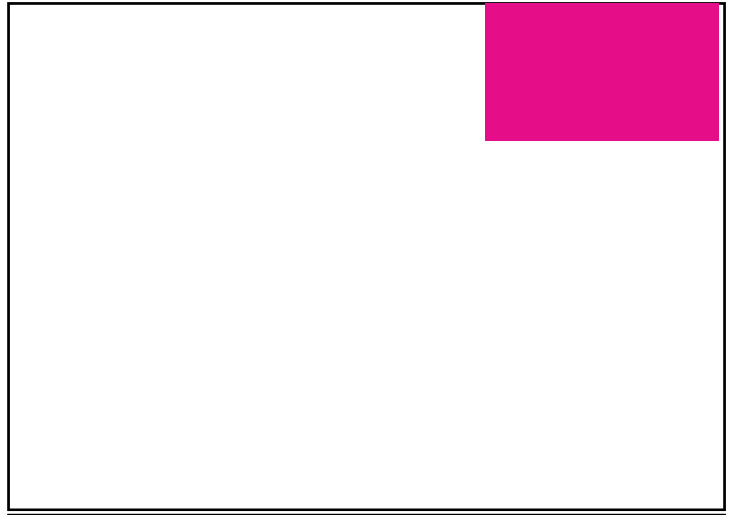
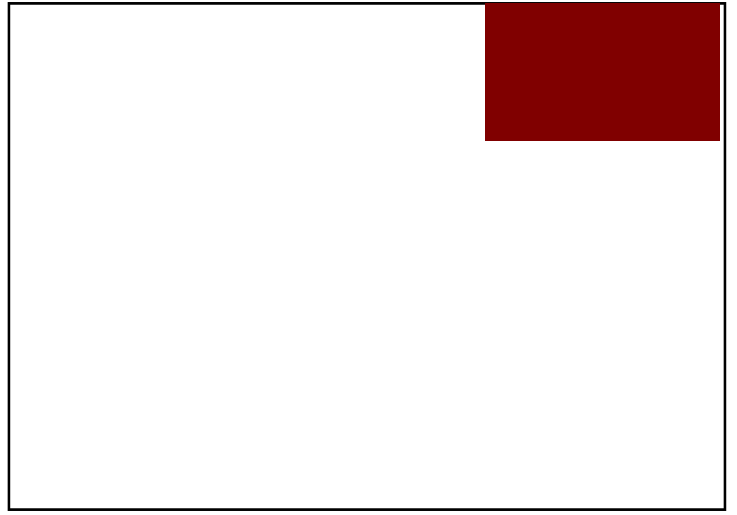
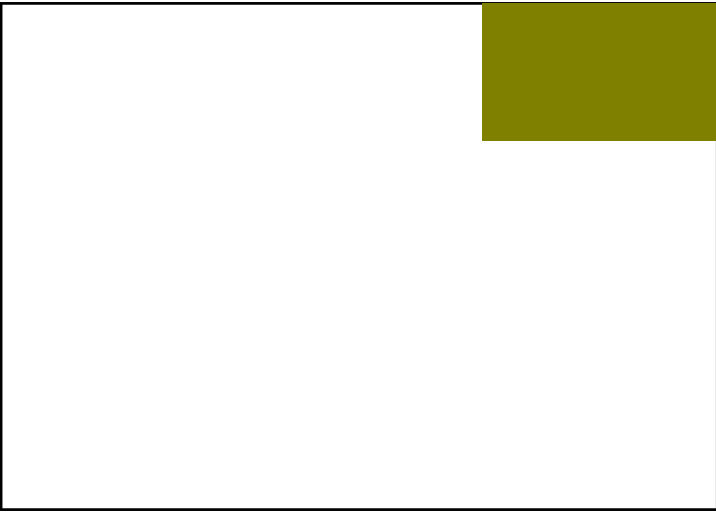
OPH

Oreille - Pharynx - Larynx

ORL

**BLESSURE
TRAUMATOLOGIE**

ACC



Rappel historique

L'organisation des interventions de secours et de sauvetage en milieu maritime repose sur des textes internationaux. Il n'en fut cependant pas toujours ainsi. Pendant des décennies, les marins ne purent compter que sur eux-mêmes pour assurer leur sécurité. La pratique traditionnelle était que les équipages de navire se portent mutuellement assistance. La prise de conscience des dangers maritimes par les États est relativement récente puisque ce n'est que le 23 septembre 1910, que la Convention internationale de Bruxelles pose dans son article 11 la règle générale que : "tout capitaine est tenu, autant qu'il peut le faire sans danger sérieux pour son navire, son équipage, ses passagers, de prêter assistance à toute personne, même ennemie, trouvée en mer en train de se perdre". Il n'est pas encore question de recherche active, cette obligation de secours ne concernant en effet que les cas où le capitaine d'un navire serait témoins d'un naufrage ou d'une quelconque fortune de mer.

Une première approche de réglementation internationale avait été initiée en 1899 sous l'égide du CICR (Comité International de la Croix Rouge), avec « l'adaptation des usages de la guerre maritime aux principes de la Convention de Genève de 1864 », règle cependant bien timide puisque cette convention internationale n'était applicable qu'en situation de conflit.

Le naufrage, le 11 avril 1912, du Titanic, conduit le Royaume-Uni à organiser la première conférence internationale pour la sauvegarde de la vie humaine (SOLAS – Safety Of Life At Sea) le 20 janvier 1914, à Londres.

En 1958, la convention des Nations-Unies sur le droit de mer, dénommée « Convention sur la haute mer » définit par l'article 98 que « Tous les états côtiers facilitent la création et le fonctionnement d'un service permanent de recherche et de sauvetage adéquat et efficace pour assurer la sécurité maritime et aérienne et, s'il y a lieu, collaborent à cette fin avec leurs états voisins dans le cadre d'arrangements régionaux".

La Convention SOLAS du 1er avril 1974, établie à Londres, rappelle que le capitaine d'un navire, s'il est en mesure de le faire, doit porter secours à un navire en détresse et informer les services compétents à terre de cette situation de détresse (chapitre V - règle 33). Elle fixe par ailleurs les normes d'équipements des navires en matière de radiocommunication.

En 1976 est adoptée la convention portant création de l'Organisation Internationale de Télécommunications Maritimes par Satellites (Inmarsat), maillon indispensable pour mener à bien des missions de sauvetage sur tous les océans.

Le 27 avril 1979, la **Convention internationale S.A.R.** (Search And Rescue) de Hambourg marque une étape importante en établissant une approche internationale de la recherche et du sauvetage en mer. Pour cela, elle instaure plusieurs règles :

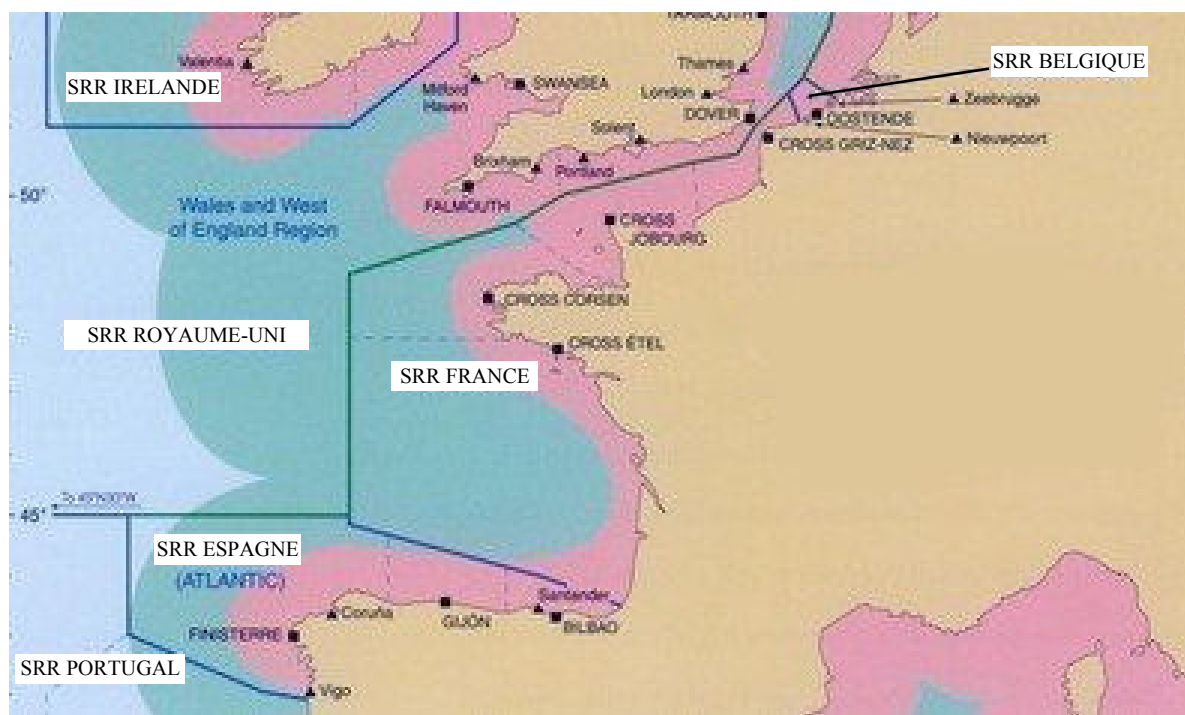
- obligation pour les états côtiers signataires de créer sur leur sol au moins un centre de veille des alertes et de coordination des sauvetages (**MRCC : Maritime Rescue Coordination Center**).
- afin de mieux organiser les opérations de sauvetage, division des mers et océans en plusieurs zones distinctes au sein desquelles les États signataires collaborent (**SRR : Search and Rescue Region**).
- les États signataires s'engagent dans ces zones (zone de responsabilité SAR) et y assurent la supervision et l'exécution des opérations de sauvetage des personnes en détresse. .
- collaboration des différents États pour mener à bien les opérations de sauvetage (coopération entre MRCC).

En 1988, la Convention SMDSM, en coopération avec d'autres organismes, vient amender la Convention SOLAS au sujet des radiocommunications et met en place les modalités de fonctionnement du Système Mondial de Détresse et de Sécurité en Mer (SMDSM).

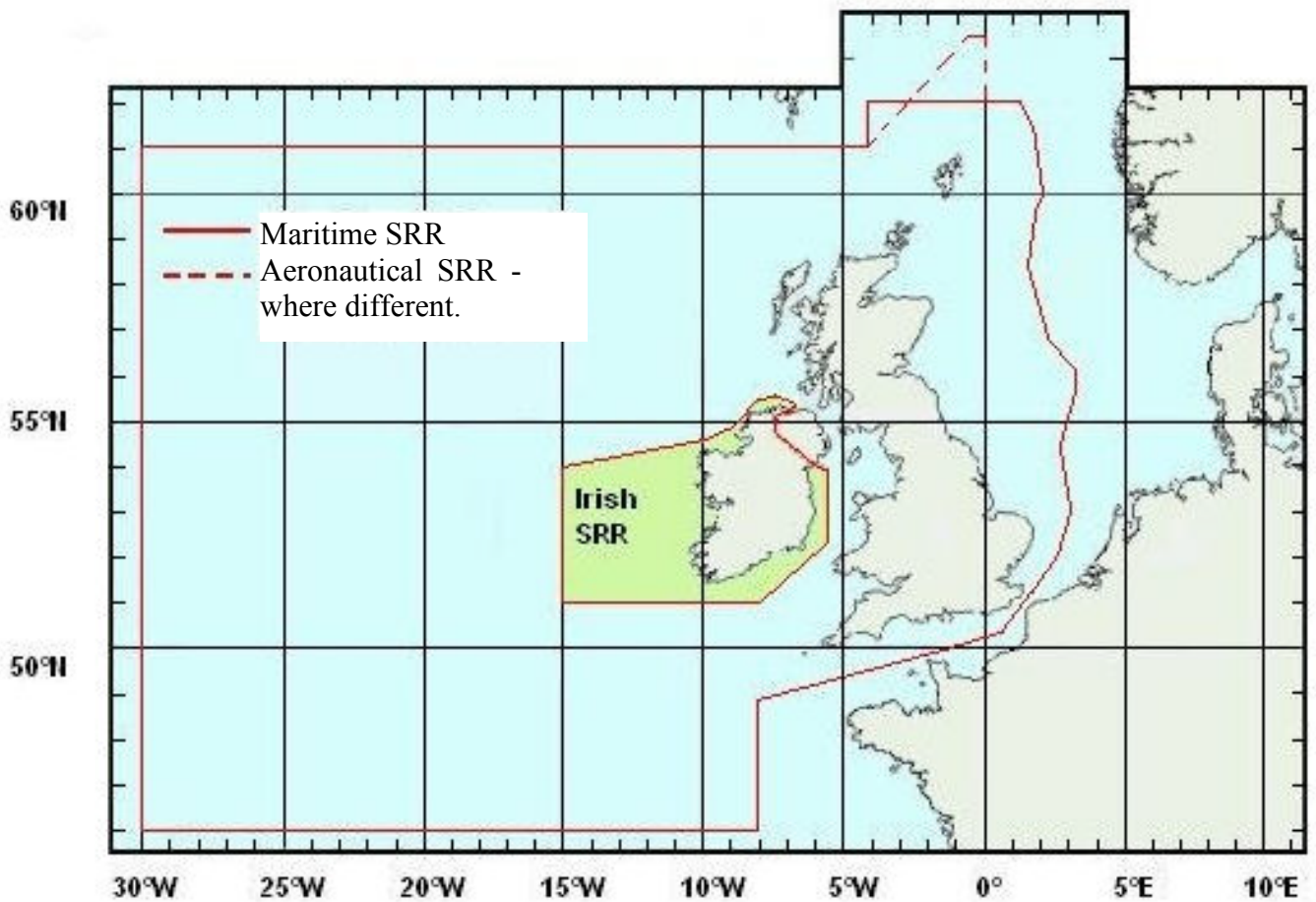
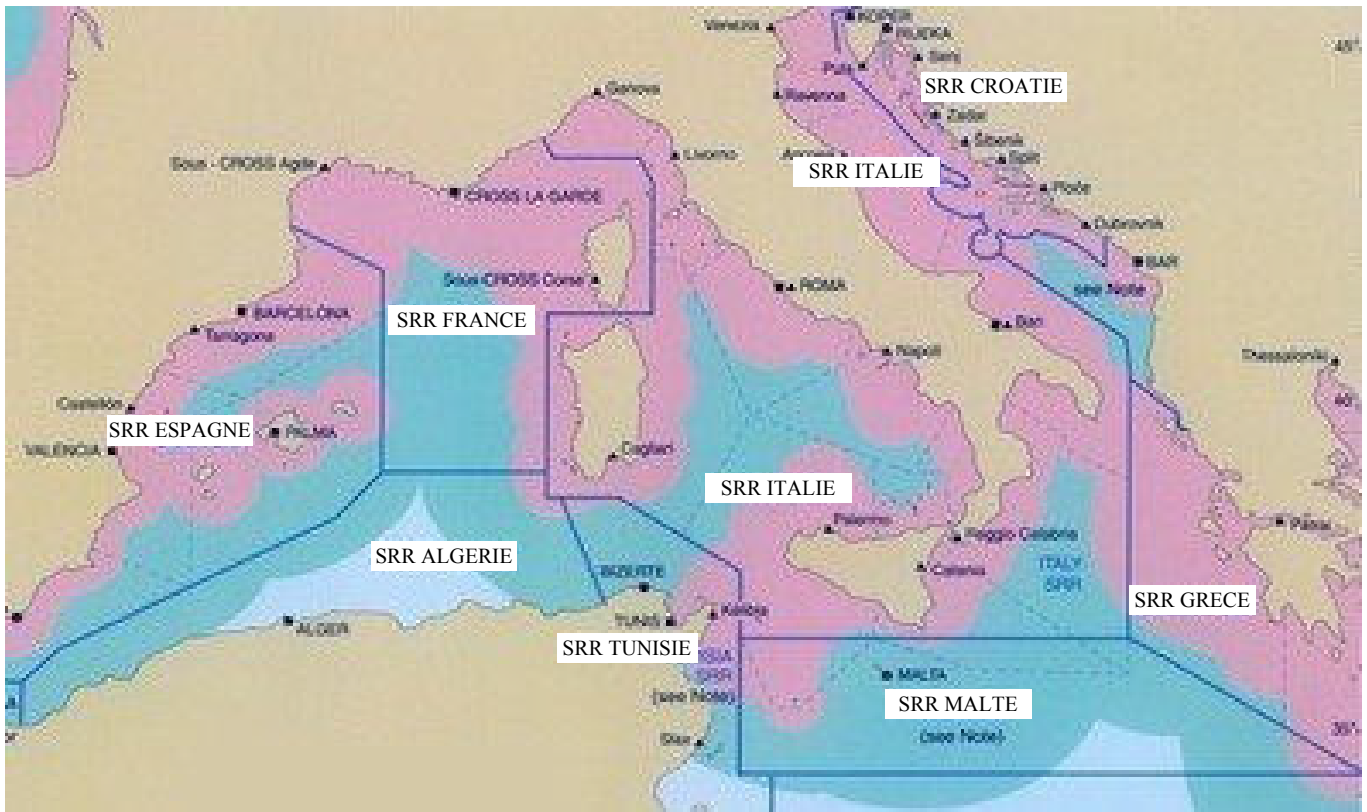
L'ensemble de ces Conventions, complétées au cours des années (la Convention SOLAS a par exemple été modifiée à 18 reprises entre 1978 et 1995), fixe donc deux principes fondamentaux :

- tout capitaine de navire est tenu à l'assistance à la vie en mer et à une obligation active de recherche.
- les États riverains ont obligation de mettre en place des structures de coordination pour l'exécution du sauvetage en mer.

Un support pratique et opérationnel, basé sur les obligations issues des conventions SOLAS et SAR, a été élaboré par l'Organisation Maritime Internationale (OMI) et l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI) afin d'aider les gouvernements dans leur mission de recherche et de sauvetage en mer : le manuel International de Recherche et de Sauvetage Aéronautique et Maritime International (IASMAR).



Zones de responsabilité SAR
Search and Rescue Regions (SRR)



SRR Royaume-Uni

LE SYSTÈME DE SECOURS FRANÇAIS

L'organisation des secours maritimes est principalement définie par:

- le décret n° 88-531 du 2 mai 1988 portant organisation du secours, de la recherche et du sauvetage des personnes en détresse en mer. JO 6323. Il définit les compétences respectives du Ministère chargé de la Mer, des Préfets Maritimes, des CROSS et des maires.
- l'instruction du Premier Ministre du 29 mai 1990. JO 6591. Prise en application du Décret n°88-531 du 2 mai 1988.
- l'instruction du Secrétariat d'Etat à la Mer n°978 du 15 octobre 1992 qui régleme le fonctionnement des CROSS et leurs procédures opérationnelles.
- Le décret n° 2004-112 du 6 février 2004 qui définit les compétences du Préfet Maritime, lui attribue la coordination de l'action en mer des administrations et la mise en oeuvre de leurs moyens.

L'organisation des secours en mer s'appuie sur :

- le ministre en charge de la mer;
- le SECMAR, organisme technique d'étude et de coordination pour la recherche et le sauvetage en mer, rattaché au secrétariat général de la mer.
- les préfets maritimes en métropole, le délégué du gouvernement pour l'action de l'état en mer dans les DOM et le Haut Commissaire du gouvernement dans les TOM.
- les Centre Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage (CROSS).

La responsabilité des opérations de recherche et de sauvetage menées sur l'ensemble des eaux territoriales (intérieures et extérieures) ainsi que des eaux internationales relevant des zones que la France a accepté de gérer (zones de responsabilité SAR) dans le cadre de la Convention de Hambourg, incombe en métropole aux préfets maritimes, dans les DOM au délégué du gouvernement pour l'action de l'État en mer et dans les TOM au Haut-commissaire du gouvernement. Pour mener à bien leurs missions, ils peuvent s'appuyer sur un réseau de surveillance composé principalement par les CROSS pour les veilles radio et radar et par les sémaphores de la Marine nationale pour la veille visuelle.

Les CROSS (Centre Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage).

Ce sont les MRCC français (Maritime Rescue Coordination Centers), tels que définis par la Convention de Hambourg dont la France est signataire. Dirigés par des administrateurs des Affaires Maritimes et armés par des personnels de la Marine nationale, ils sont placés sous l'autorité, en métropole, des préfets maritimes, et à l'outre-mer du délégué du gouvernement pour l'action de l'État en mer (DOM) et du Haut-commissaire du gouvernement (TOM) aidés par un commandant de zone maritime (COMAR) issu de la Marine.

Ils assurent des veilles radio et radar permanentes et sont chargés dans leur zone de responsabilité des missions de sûreté, de surveillance, de circulation et de sauvetage.

- préfecture maritime de Cherbourg : zone Manche et Mer du Nord.
- préfecture maritime de Brest : zone Atlantique.
- préfecture maritime de Toulon : zone Méditerranée.

Il existe : cinq CROSS principaux (MRCC) et un secondaire (MRSC) en métropole :

CROSS GRIS-NEZ

zone de compétence : Pas de Calais, Manche/ Mer du Nord, de la frontière belge au cap d'Antifer.

Le CROSS Griz-Nez dispose de prérogatives par rapport aux autres CROSS.

Lorsqu'un message de détresse est émis par un navire, il est réceptionné, en application avec les textes du SMDSM, par un MCC (Mission Control Center), un centre dédié à la réception des signaux de détresse. Le MCC en France est le central DDR (Data Distribution Region) un service du Centre National des Études Spatiales (CNES) basé à Toulouse. Dès qu'un appel est reçu, ce service transmet l'information au CROSS Griz-Nez qui, suivant le cas, la transmet au CROSS concerné.

Le CROSS Griz-Nez est aussi le point de contact SAR international pour la France (SPOC). C'est lui qui sera contacté dans le cas d'une collaboration avec un autre pays.

C'est aussi à lui qu'incombe la coordination des secours à l'international. En cas de détresse d'un navire français dans les eaux internationales (hors zone méditerranéenne : compétence du Cross La Garde), il assure la liaison avec le point de contact SAR du pays concerné, lequel coordonnera les secours au moyen de ses MRCC dans la SRR relevant de sa responsabilité.

CROSS JOBOURG

zone de compétence : Manche centrale, du cap d'Antifer au Mont St Michel.

CROSS CORSEN

zone de compétence : Manche Ouest, du Mont St Michel à la pointe de Penmarc'h et toute la zone A2 du SMDSM attribuée à la France en Atlantique Nord-Est.

CROSS ETEL

zone de compétence : Atlantique, de la pointe de Penmarc'h à la frontière espagnole.

CROSS LA GARDE

zone de compétence : tout le littoral méditerranéen.

secondé durant la saison estivale par le Sous-CROSS CORSE, basé à Ajaccio.

Il existe cinq centres et deux PC SAR dans les DOM-TOM :

CROSS Antilles-Guyane, basé à Fort de France et **centre secondaire (MRSC) de Guyane**, basé à Cayenne.

CROSS La Réunion basé à Le Port (océan Indien) et **PC SAR de Mayotte**.

MRCC Polynésie française basé à Papeete (océan Pacifique).

MRCC Nouvelle-Calédonie basé à Nouméa (océan Pacifique).

PC SAR de Saint-Pierre-et-Miquelon.

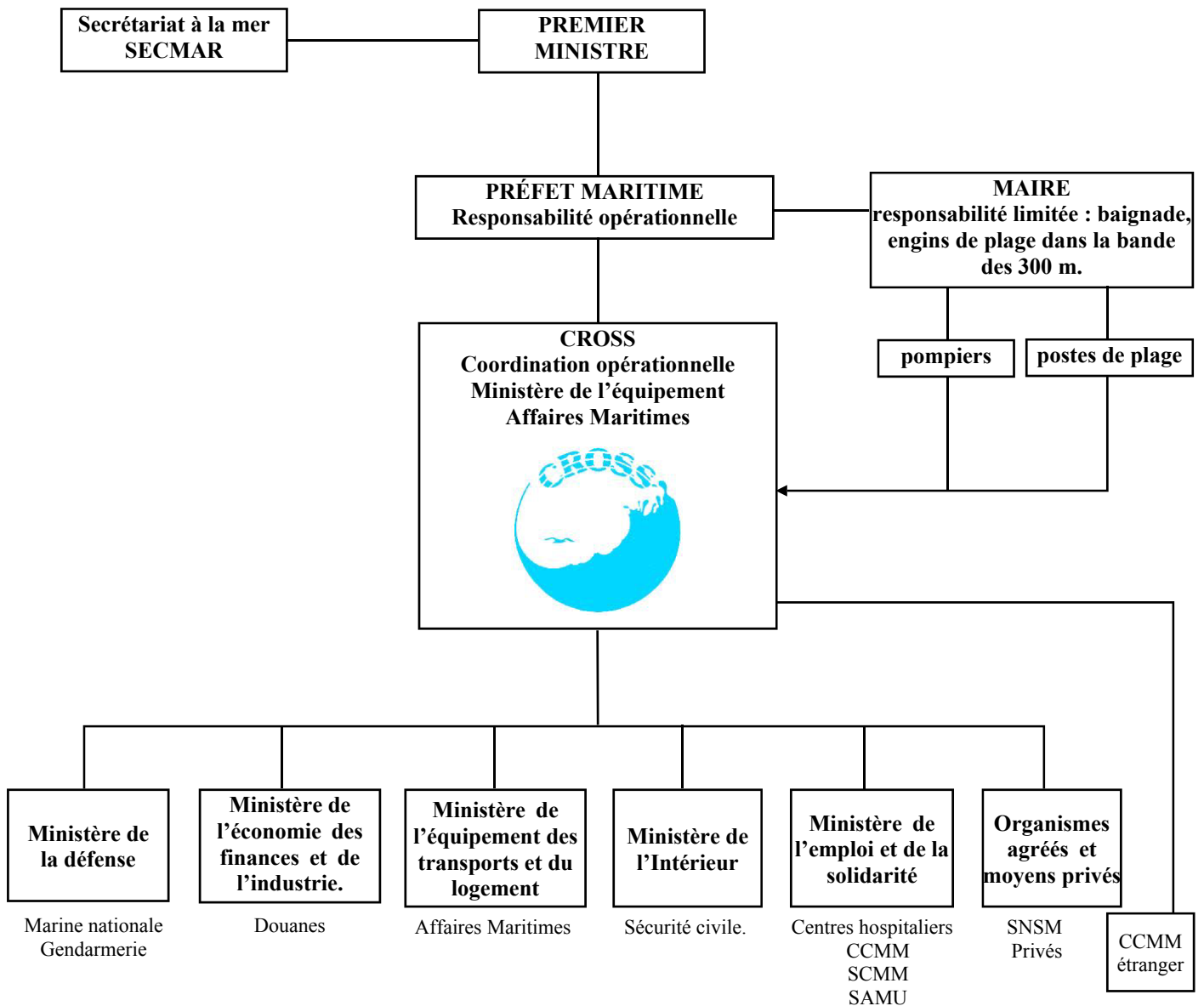
Les CROSS n'ont pas de moyens d'intervention propres. Ils font appel aux moyens publics ou privés qui leur paraissent les mieux adaptés à l'opération de recherche et de sauvetage en mer. Par délégation du préfet maritime, un CROSS dispose de l'ensemble des moyens de l'état. Ces moyens peuvent être terrestres, maritimes et aériens.

- la Marine nationale (bâtiments, remorqueurs, avions et hélicoptères).
- la gendarmerie (vedettes, hélicoptères);
- les Douanes (vedettes, avions, hélicoptères);
- la Sécurité Civile (hélicoptères);
- les Affaires Maritimes (patrouilleurs et vedettes);
- les collectivités territoriales : pompiers (embarcations légères), postes de plage;
- les organismes agréés et moyens privés au premier rang desquels la Société Nationale de Sauvetage en Mer (SNSM) avec ses vedettes et canots tout temps;

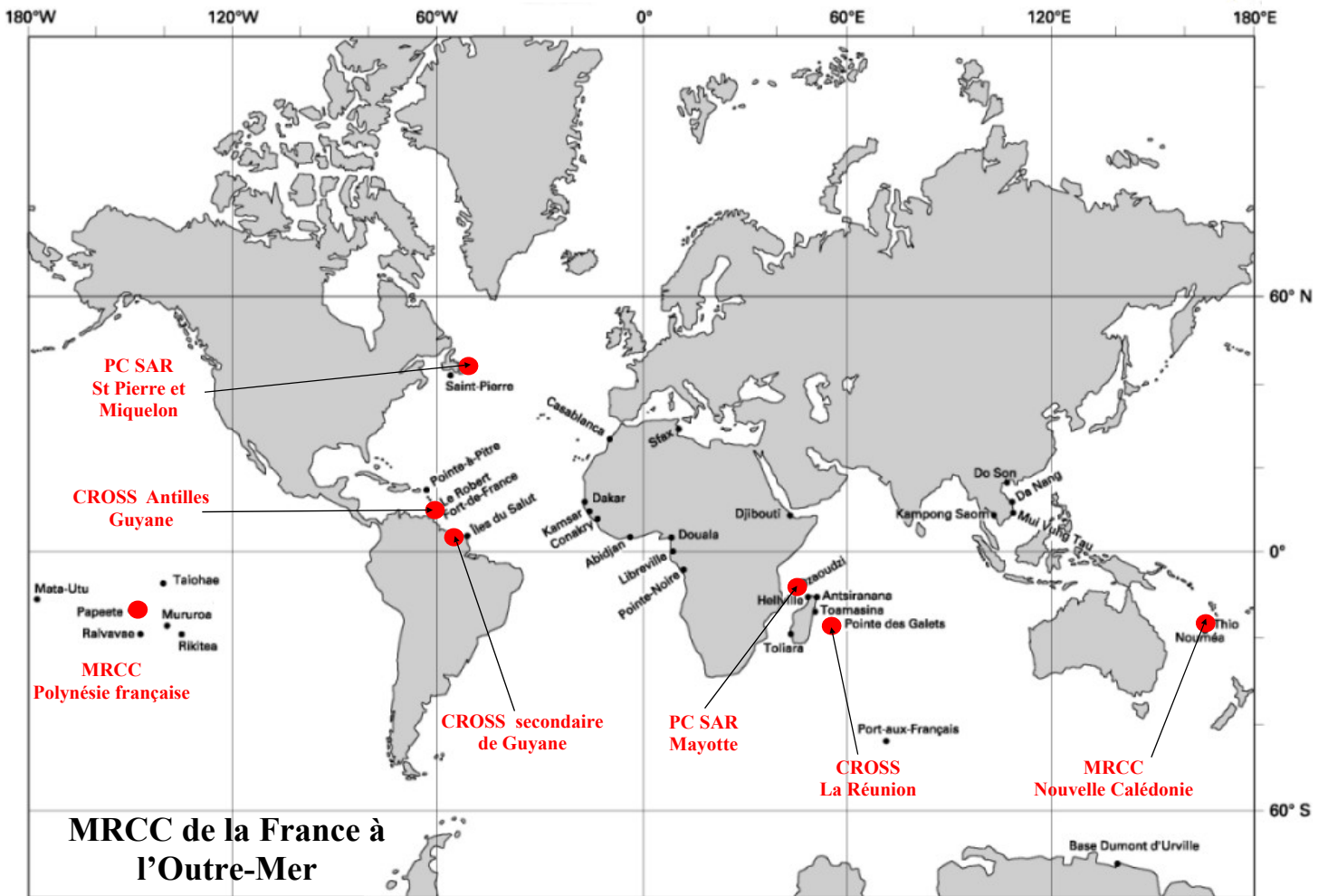
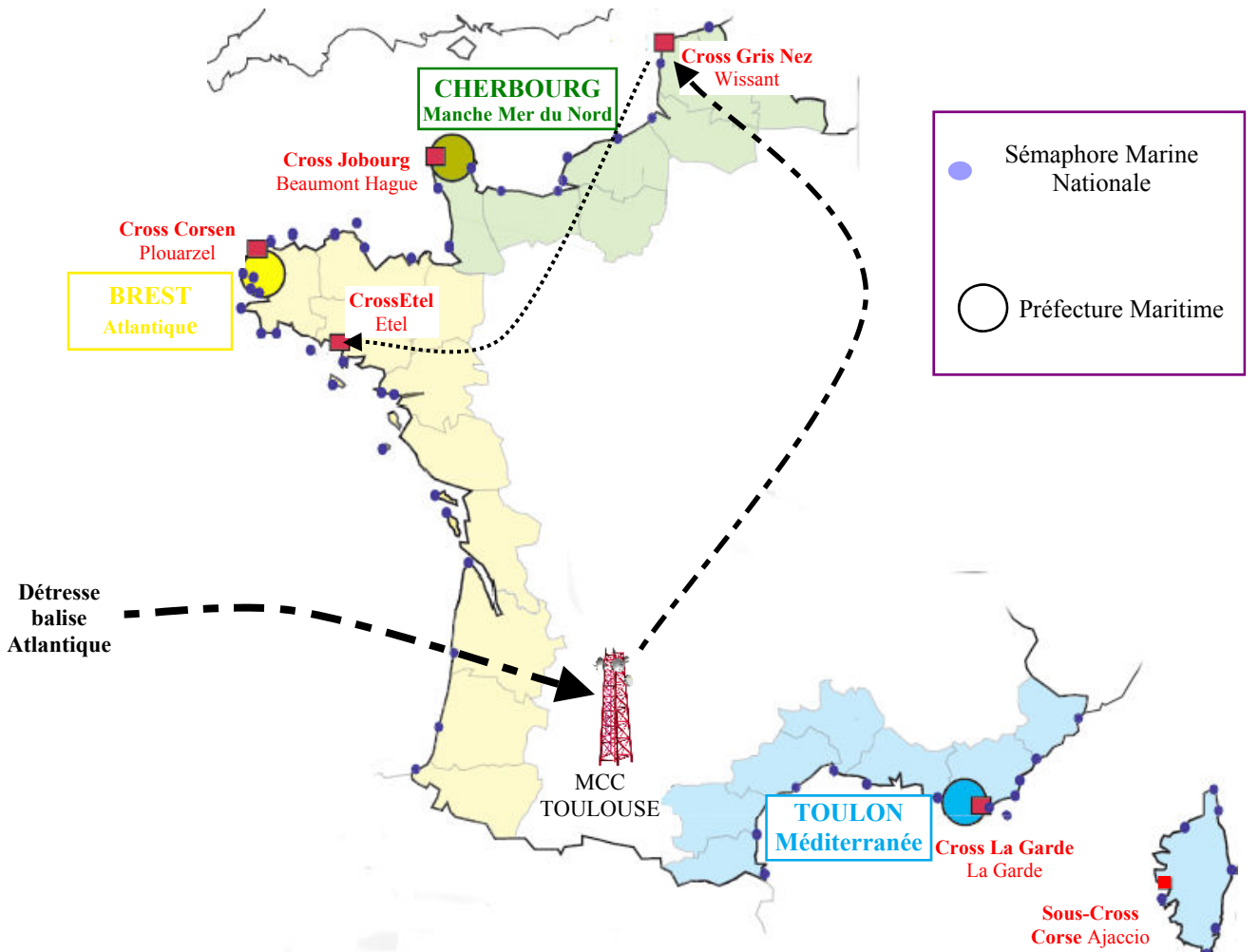
ainsi que les navires de commerce, de pêche ou de plaisance qui ont l'obligation lorsqu'ils sont sur "zone" de participer aux opérations de sauvetage.

Pour couvrir les espaces maritimes placés sous leurs responsabilités opérationnelles, les CROSS exploitent un puissant réseau de radiocommunications :

- 47 stations radios côtières réparties sur tout le littoral.
- 2 stations radios pour le large.
- 4 stations radar pour le contrôle de la navigation.
- 3 réseaux satellitaires :
 - ♦ ARGOS pour le contrôle des pêches.
 - ♦ INMARSAT pour la réception des alertes dans le cadre du SMDSM.
 - ♦ COSPAS-SARSAT pour le sauvetage (balises de détresse : EPIRB,PLB).



Organigramme organisation des secours en mer



Généralités

Si la Convention internationale S.A.R. (Search And Rescue) de Hambourg, adoptée en 1979, marqua une étape importante dans l'organisation du sauvetage en mer (voir document DIV4/ Organisation des secours en mer), elle ne prenait pas en compte l'aide médicale.

En 1992, la directive européenne 92/29CEE pose le principe de consultation radio médicale en Europe et impose à chaque état membre la création d'un centre de radioconsultations maritime dans lequel doivent officier des médecins formés aux spécificités maritimes.

Ce n'est qu'en juin 2000, qu'une circulaire du Comité de Sécurité Maritime de l'O.M.I pose au niveau international le principe de pouvoir bénéficier de soins en mer de qualité équivalente à ceux dispensés à terre et étend au monde entier et pour chaque pays le concept d'assistance médicale à distance par des structures dédiées : les TMAS (TeleMedical Assistance Service /Service d'aide télé médicale). Cette circulaire précise que la responsabilité des soins est partagée entre le capitaine du navire et le médecin responsable du TMAS.

Plusieurs conventions internationales seront adoptées par la suite, affirmant plusieurs principes comme la nécessité d'une pharmacie à bord ou la présence d'un responsable des soins suffisamment formé.

La situation des TMAS, tant dans leur fonctionnement que dans leur composition (qualification du personnel médical, effectif...), est très hétérogène au niveau international. Si certains sont publics (France, Espagne, Irlande, Angleterre), d'autres sont privés relevant alors d'organismes à but non lucratif (Italie) ou d'entreprises à but lucratif (États-Unis – chaque MRCC américain se conventionne avec l'organisme privé de régulation médicale de son choix). La composition des personnels évoluant au sein des TMAS est variable suivant les pays. Médecins urgentistes exclusivement pour certains TMAS ou médecins spécialistes pour d'autres. Ces médecins, suivant le pays, sont affectés exclusivement au fonctionnement du TMAS (cas de la France) ou travaillent aussi dans d'autres services.

Le système d'aide médicale français

L'organisation de l'aide médicale en mer repose essentiellement sur l'instruction interministérielle du 29 avril 1983 qui définit les compétences respectives du CCMM Toulouse, des SAMU côtiers, des CROSS et du Service de Santé des Armées en mer.

- Art 1.1 : « L'aide médicale en mer, fondée sur la consultation radiomédicale, consiste en la prise en charge par un médecin de toute situation de détresse humaine survenant parmi les membres de l'équipage, les passagers ou les simples occupants d'un navire de commerce, de pêche ou de plaisance français ou étranger ainsi que de bâtiments des flottilles civiles de l'État, à la mer. »
- Art 1.2 : L'organisation de l'aide médicale en mer ne concerne pas les bâtiments de guerre, les navires amarrés dans un port, les accidents de plongée sous-marine, les sinistres majeurs.

Et sur l'instruction du Secrétariat d'État à la Mer n° 978 du 15 octobre 1992 qui réglemente le fonctionnement des CROSS et leurs procédures opérationnelles.

La responsabilité générale des opérations d'intervention en mer au titre de l'aide médicale incombe au Préfet Maritime.

L'organisation de l'aide médicale s'appuie sur les organismes suivants :

Le Centre de Consultation Médicale Maritime (CCMM).

C'est le TMAS français. Attaché au SAMU de l'hôpital Purpan de Toulouse, et animé par des médecins urgentistes formés aux spécificités de l'aide médicale en mer, il assure 7 jours sur 7 et 24 h sur 24, un service gratuit de téléconsultations pour toute personne se trouvant à bord d'un navire français ou étranger naviguant dans n'importe quelle région du globe.

Les Centres Régionaux Opérationnels de Surveillance et de Sauvetage (CROSS).

Ils ont été décrits dans l'article « Organisation des secours en mer ». Ils assurent par délégation du préfet maritime la coordination des opérations de secours. Ils doivent rechercher les moyens (vecteur maritime ou aérien) à même d'assurer l'évacuation ou le transport de l'équipe médicale.

Les SAMU de Coordination Médicale Maritime (SCMM).

Siégeant dans l'enceinte des SAMU terrestres, ils sont définis par l'activité maritime des SMUR dont ils assurent la régulation. Ils sont au nombre de quatre (Brest, Le Havre, Toulon, Bayonne). Ils sont chargés de la médicalisation de l'opération de sauvetage.

Les Centres d'Opérations Maritimes des Préfectures Maritimes (COM).

Ils fournissent, à la demande des CROSS, les moyens opérationnels (maritimes ou aériens) nécessaires à l'exécution de la mission de sauvetage.

Procédures de l'aide médicale en mer

L'aide médicale en mer, consiste à la prise en charge par un médecin opérant au CCMM, de toute demande médicale émanant d'une personne en mer. Cette demande de consultation, réalisée par tout moyen de télécommunication, peut être formulée directement auprès du CCMM (appel direct) ou par l'intermédiaire du CROSS (appel indirect), qui dans ce cas se mettra en contact avec le CCMM et organisera une conversation à trois (navire-CROSS-CCMM).

- communication radio : VHF, MF, HF/BLU ; appel indirect par l'intermédiaire du CROSS.
- communication satellitaire : Inmarsat (phonie, fax, télex) ; appel direct ou indirect.
- communication téléphonique : GSM ; appel direct ou indirect.

Une téléconsultation est un acte médical basé sur un dialogue conduit avec méthode afin de recueillir dans le délai le plus rapide les données cliniques (antécédents, symptômes...) le contexte, ainsi que les attentes du chef de bord. Comme pour toute consultation médicale, le médecin ouvre un dossier médical nominatif dans lequel il consigne l'ensemble des données de la consultation.

Au cours de cet appel, le médecin du CCMM va analyser la situation, évaluer le degré d'urgence de la demande, établir une ou des hypothèses diagnostiques et pronostiques et évaluer les risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles : conseils médicaux, aide sur d'éventuels gestes à prodiguer (simples soins ou gestes de premiers secours), prescription de médicaments en tenant compte de la dotation du bord, intervention médicale auprès du patient, évacuation du patient vers une structure hospitalière. Suivant la gravité du tableau médical, les possibilités de soins à bord (dotation médicale de bord, compétence médicale de la personne responsable des soins), le contexte, le médecin informera le chef de bord de la conduite à tenir qui lui semble la plus pertinente. Le capitaine demeure cependant le seul maître de sa décision. L'option préconisée par le médecin du CCMM pourra être :

- un maintien du patient à bord. Les soins et la surveillance seront effectués à bord en appliquant les recommandations médicales fournies lors de la téléconsultation. À la fin de cette première consultation, si une surveillance de l'évolution de l'état clinique du patient s'avère nécessaire, le médecin fixera un nouveau rendez-vous (date et heure de la communication précisées) au chef de bord.
- un maintien temporaire du patient à bord, le temps que le navire atteigne un port. Là, le patient sera débarqué pour être pris en charge médicalement. Ce port peut être celui d'attache ou de destination prévue (débarquement) ou un autre port (déroutement). La réalisation des premiers soins sera effectuée à bord, sur les conseils d'un médecin du CCMM puis la prise en charge médicale sera poursuivie dans un deuxième temps par une équipe médicale à terre quand le navire aura rejoint le port.
- Évacuation sanitaire non médicalisée (EVASAN). Le patient sera rapatrié à terre par un vecteur opérationnel aérien ou maritime. Il n'y a pas d'équipe médicale à bord du vecteur.
- Intervention médicalisée à bord suivie ou non d'une évacuation médicalisée (EVAMED).

Dans les trois derniers cas, le médecin du CCMM contacte le CROSS et le SCMM (conversation à trois) afin de définir les modalités de l'opération de secours.

Le CROSS a pour mission de rechercher et réunir les moyens opérationnels qui seront nécessaires pour réaliser l'évacuation de la victime ou le transport de l'aide médicale (médecin, matériel médical) jusqu'au navire. Ces moyens sont ceux qui ont été abordés dans l'article « Organisation des secours en mer ».

Le SCMM est responsable de toute la partie médicale de l'opération (médicalisation de l'intervention, orientation de la victime, organisation d'éventuels relais à terre, prise en charge hospitalière). Pour mener à bien sa mission, il fait appel à un SMUR (véhicule/équipe médicale) dont il a la charge opérationnelle (SMUR situé dans sa zone de compétence territoriale) ou pour une zone géographique ne relevant pas de sa compétence au SAMU concerné qui mettra à disposition une des ses équipes SMUR. Dans le cas où les moyens opérationnels sollicités par le CROSS sont fournis par la Marine nationale, la médicalisation de l'intervention n'est pas assurée par le SCMM, mais par le service de santé des armées.

Dans le cas de déroutement du navire et débarquement du patient dans un port, le SCMM doit définir l'hôpital d'accueil et organiser la prise en charge médicale du patient lors de son arrivée à quai (médicalisation éventuelle, transport médicalisé vers l'hôpital retenu).

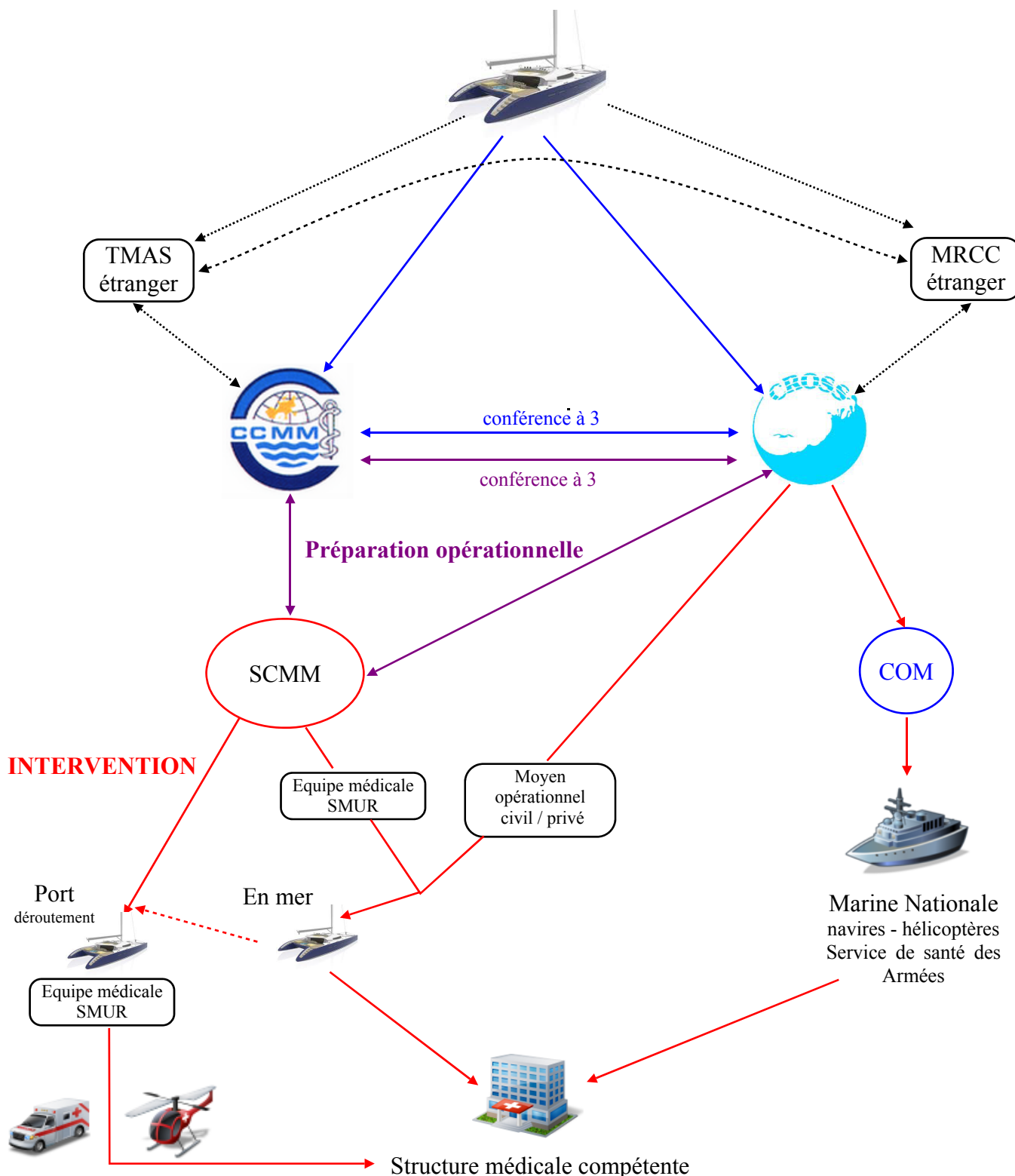
Dans le cas d'une évacuation sanitaire non médicalisée (EVASAN), il détermine, en concertation avec le CROSS, le moyen le plus approprié pour rapatrier le patient à terre (hélicoptère, navire...) et comme précédemment organise la réception du patient lors de son débarquement.

Dans le cas d'une intervention médicalisée à bord, il détermine avec le SAMU géographiquement compétent, les moyens médicaux (médecins urgentistes/matériel) qui seront acheminés. En pratique, l'équipe SMUR désignée pour la médicalisation de l'intervention est en général celle qui se trouve la plus proche du lieu de départ du vecteur SAR (hélicoptère, navire) choisi pour assurer l'acheminement. Il s'agit systématiquement d'un SMUR côtier. L'équipe médicale dépêchée sur le navire transmettra au SCMM le bilan médical afin de définir en concertation avec le CROSS la suite à donner à l'intervention :

- maintien de l'équipe médicale jusqu'à l'arrivée du navire dans un port.
- évacuation médicalisée du patient.

Dans le cas d'un appel émanant d'un navire situé dans une zone ne relevant pas de la responsabilité SAR de la France, le CCMM a la possibilité de joindre le TMAS étranger responsable de la zone concernée. Le CROSS Gris-Nez, qui est le point de contact SAR international pour la France (SPOC français) contactera son homologue MRCC. Celui-ci déterminera les vecteurs opérationnels à employer (navires, hélicoptères...) et consultera son TMAS pour la médicalisation de l'intervention si cela s'avère nécessaire.

PROCÉDURES OPE RATIONNELLES DE L'AIDE MÉDICALE



CCMM : Centre de consultation médicale maritime.
 COM : Centre opérationnel de la Marine Nationale.
 MRCC : Centre de coordination du sauvetage maritime.
 SCMM : SAMU de coordination médicale maritime.
 TMAS : TeleMedical Assistance Service /Service d'aide télémédicale.

DOTATION MEDICALE - Navigation océanique

Liste des produits

Catégorie	DCI	Nom commercial	Indications	P	Présentation nombre d'unités/boîte et dosage unitaire	Liste I/II	Quantité	N°	date de péremption
-----------	-----	----------------	-------------	---	---	---------------	----------	----	-----------------------

ALLERGIE code ALL sac 1 boîte bleu foncé

tonicardiaque	adrénaline	Anapen	choc anaphylactique		auto-injecteur à 0,1%	I	1	1	
corticoïde oral	bétaméthasone	Célestène 2 mg	allergie		20 cp sec 2 mg solubles		1	2	
corticoïde injectable	bétaméthasone	Célestène 4 mg	allergie sévère		3 ampoules 4 mg		1	2	
anti-histaminique	cétrizine	Virlix	allergie		15 cp sec à 10 mg	II	1	3	

Antalgiques-AINS*-Myorelaxants-Antispasmodiques code DIF sac 1 boîte orange

antalgique I/antipyrétique	paracétamol	Dolko 500	fièvre / douleurs		16 gel 500 mg		3	1	
antalgique niveau II	tramadol	Contramal	douleurs		30 gel 50 mg	I	1	2	
antalgique niveau III	morphine sulfate	Actiskénan 5 mg	douleurs		14 gel 5 mg	S	1	3	
anti-inflammatoire oral	kétoprofène	Kétoprofène Biogaran	douleurs / inflammation		20 cp sec 150 mg	II	2	6	
anti-inflammatoire local	kétoprofène 2,5%	Kétoprofène gel	traumatologie/tendinite		tube de 60 g		2	6	
myorelaxant	thiocolchicoside	Thiocolch... Ratiopharm	contractures musculaires		12 cp sec 4 mg	I	1	8	
antispasmodique	phloroglucinol	Spasfon lyc 80 mg	douleurs viscérales		10 lycs 80 mg		3	9	

CARDIOLOGIE code CAR sac 1 boîte rouge

coronodilatateur	trinitrine	Natispray	infarctus-angine de poitrine		flacon pressurisé 200 doses à 0,15 mg/dose	II	1 flacon	1	
antiagrégant	ac acetylsalicylique	Aspirine Protect 300	infarctus-angine de poitrine		30 cp 300 mg		1	2	
antihypertenseur	nicardipine	Loxen 20	poussée hypertensive		30 cp 20 mg	I	1	3	
diurétique	furosémide	Lasilix injectable	oedeme aigu du poumon		1 ampoule 2ml/20mg	II	1	4	

DERMATOLOGIE code DER sac 1 boîte rose

crème écran total		Photoderm émulsion	protection solaire		flacon			1	
stick lèvres écran total		Anthélios	protection solaire		stick			1	

Catégorie	DCI	Nom commercial	Indications	P	Présentation nombre d'unités/boîte et dosage unitaire	Liste I/II	Quantité	N°	date de péremption
radioprotection	trolamine	Biafine émulsion	brûlure		tube de 100 ml		1	2	
crème anti-fissures		Xérial fissure / crevasse	fissures et crevasses		tube de 40 ml		2	3	
protection cutanée		Lutsine Eryplast	irritations cutanées		tube de 40 ml		2	4	
antibiotique local	acide fusidique	Fucidine 2% crème	infections cutanées		tube de 15 g	I	1	5	
antiseptique	sulfadiazine argentique	Flammazine	brûlures / plaies infectées		tube de 50 g	I	1	6	
corticoïde local niveau II	hydrocortisone butyrate	Locoid crème 0,1%	allergie, piqûre insecte ...		tube de 30 g	I	1	7	
antifongique local	kétoconazole	Kétoderm crème 2%	mycoses		tube de 15 g	I	2	8	
vaseline		vaseline cooper	protection plaie		tube de 100 g		2	9	

GASTRO-ENTEROLOGIE - code **GAS** sac 1 boîte vert clair

antiacide estomac I	hydroxyde aluminium	Rocgel	brûlures estomac		24 sachets		1	1	
antiulcéreux	oméprazole	Oméprazole Actavis 20 mg	ulcère gastrique		14 gel à 20 mg	II	1	2	
antiémétique	métopimazine	Vogalène Iyoc 7,5 mg	vomissements/nausées		16 Iyocs 7,5 mg	II	1	3	
pansement intestinal	disomecrite	Smecta	diarrhées/ douleurs coliques		30 sachets		1	4	
antiseptique intestinal	tibroquinol+tiliquinol	Intétrix	diarrhées infectieuses		20 gélules	II	1	5	
antiparasitaire	flubendazole	Fluvermal	parasitose digestive		6 cp sec 100 mg		1	6	
anti diarrhéique	lopéramide	Lopéramide Biogaran 2 mg	diarrhée		20 gélules 2 mg	II	1	7	
laxatif	lactulose	Lactulose EG 10 g	constipation		20 sachets 15 ml		1	8	
laxatif	citrate sodium+sorbitol	Microlax	constipation		4 tubes microlavements		1	9	
vasculoprotecteur antispasmodique	trimébutine+ruscogénines	Proctolog crème	crise hémorroïdaire		tube de 20 g + canule		1	10	

OPHTALMOLOGIE - code **OPH** sac 1 boîte jaune

lavage oculaire	ac borique+borate sodium	Dacryosérum	irritation oculaire		20 unidoses de 5 ml		2	1	
antiseptique	céthexonium	Biocidan unidoses 0,1 mg	conjonctivites, irritations...		10 unidoses de 0,4 ml		2	2	
antibiotique	norfloxacine 0,3%	Chibroxine collyre	infections bactériennes		flacon gouttes 5 ml		1	3	
antibiotique	tobramycine 0,3%	Tobrex pommade	infections bactériennes		tube de 5 g		1	4	
cicatrisant	adenosine,thymidine...	Vitacic	plaies traumatismes cornée		flacon de 5 ml		1	5	
antiallergique	Iodoxamide	Almide 0,1% unidose	conjonctivite allergique		20 unidoses 0,4 ml		1	6	
antiherpétique	aciclovir	Zovirax 3% ophtalmique	infection herpétique		tube pommade 4,5g		1	7	
compresse oculaire		Optisoft confort			boîte de 10 compresses		1	10	

Catégorie	DCI	Nom commercial	Indications	P	Présentation nombre d'unités/boîte et dosage unitaire	Liste I/II	Quantité	N°	date de péréemption
-----------	-----	----------------	-------------	---	---	---------------	----------	----	------------------------

PNEUMOLOGIE - code **POU** sac 1 boîte bleu clair

bronchodilatateur	salbutamol aérosol	Ventoline aérosol	asthme		flacon 200 bouffées	I	1	1	
-------------------	--------------------	-------------------	--------	--	---------------------	---	---	---	--

O.R.L - code **ORL** sac 1 boîte mauve

hémostatique local	alginate de calcium	Coalgan	saignement de nez		5 sachets individuels		1	1	
antibiotique/corticoïde/ analgésique	néomycine/polymyxine fludrocortisone / lidocaïne	Panotile	otite à tympan fermé		flacon compte gouttes de 8 ml	I	1	2	
antibiotique	ofloxacine	Oflocet auriculaire	otite		20 unidoses 0,5 ml/1,5mg	I	1	3	
décongestionnant nasal	tuaminoheptane...	Rhinofluimucil	décongestionnant nasal		flacon de 10 ml	II	1	5	

STOMATOLOGIE - code **STO** sac 1 boîte noire

antiseptique buccal	héxétidine /...	Givalex	affections cavité buccale		flacon 125 ml		1	1	
kit dentaire		Dentanurse	premiers soins dentaires				1	4	

GYNECOLOGIE - code **GYN** sac 1 boîte marron

antifongique	fenticonazole	Lomexin 600 mg	candidose vulvo-vaginale		1 capsule vaginale à 600 mg		2	1	
progestatif de synthèse	nomegestrol	Lutenyl	ménorragies...		10 cp sec 5 mg		1	4	

INFECTIONS - code **INF** sac 1 boîte vert foncé

antibiotique	azithromycine	Azithromycine Biogaran 250	infections		6 cp 250 mg	I	2	1	
antibiotique	amoxicilline+ ac clavulanique	Augmentin adulte 1g/125mg	infections		12 sachets 1g/125mg	I	3	3	
antibiotique	pristinamycine	Pyostacine	infections		16 cp sec 500 mg	I	2	4	
antibiotique	ofloxacine	Oflocet	infections		10 cp sec 200 mg	I	2	5	
antiparasitaire	métronidazole	Flagyl 500	infections		14 cp 500 mg	I	2	6	
antibiotique	ceftriaxone	Rocéphine injection IM	infections sévères		flacon+ampoule 1g/3,5ml	I	1	7	

Catégorie	DCI	Nom commercial	Indications	P	Présentation nombre d'unités/boîte et dosage unitaire	Liste I/II	Quantité	N°	date de péréemption
-----------	-----	----------------	-------------	---	---	---------------	----------	----	------------------------

PSYCHIATRIE - code **PSY** sac 1 boîte blanche

benzodiazépine	diazépam 5 mg	valium	crise d'angoisse...		40 cp sec 5 mg	I	1	1	
----------------	---------------	--------	---------------------	--	----------------	---	---	---	--

SET BLESSURES - TRAUMATOLOGIE - code **ACC** sac 2

antiseptique	chlorhexidine 0,05%	Hibidil 0,05%	plaie		20 unidoses de 5 ml			1	
antiseptique	povidone iodée	Bétadine dermique	plaie		flacon de 125 ml			2	
gel hydroalcoolique		Clinogel Derma+	désinfection mains		flacon 300ml + pompe			3	
sérum physiologique	NaCl 0,9%	Sérum physiologique	lavage plaie, brûlures...		20 unidoses 10 ml			4	
compresses stériles					30x30cm (10cmx10cm pliée)			7	
sparadrap waterproof	sparadrap plastique transparent labo FH				rouleau 5m x 2cm			8	
lot de pansements		Kliniplast Waterproof			20 pansements assortis			9	
pansements croix			plaie entre les doigts					10	
film adhésif		Hypafix transparent	maintien pansement		rouleau de 2m x 10 cm			11	
bande extensible simple		Nylex	maintien pansement					14	
bande élastique auto-adhérente		3M Coban	contention					15	
sparadrap auto-adhérent		Nylexogrip	contention		rouleau de 2,5cm x 4m			16	
élastoplaste		Tensoplast 6cm large	contention		rouleau 2,5m x 6 cm			17	
bande protection peau		Tensoban 7 cm large	protection pose Tensoplast		rouleau 20m x 7 cm			18	
pochette froid instantané		Ice pack	traumatismes					21	
gants latex taille 8								25	
gants latex taille 6								25	

Urgence hémorragique sac 2 boîte rouge

coussin hémostatique		HE.CO.STOP	plaie hémorragique		carré de mousse+ bande		1	26	
pansements américains			plaie hémorragique		pansement de 15cm x 20 cm			27	
bande élastique auto-adhérente		3M Coban	maintien pansement compression				1 bande	15	
éponge hémostatique nasale			saignement de nez				1	28	

brûlures sac 2 boîte orange							
hydrogel anti-brûlures		Burnshield	refroidissement brûlures		flacon 125 ml		30
pansement cicatrisant		DUODERM E	cicatrisation plaie brûlure		10 pansements 15 x 15 cm		31
pansement vaseliné		Tulle gras MS	cicatrisation plaie brûlure		10 pansements 10 x 10		32
Fermeture plaies et petits matériels sac 2 boîte jaune							
sutures cutanées		Leukosan strip	fermeture plaie				40
anesthésique local	lidocaïne prilocaïne Biogaran 5% crème		anesthésie cutanée		tube 5 g		42
set de suture à usage unique : ciseaux, pince, porte-aiguille, champ....							43
fil suture ethilon 3/0 aiguille courbe 3/8 -24 mm			suture non résorbable				44
fil suture ethilon 4/0 aiguille courbe 3/8 -16 mm			suture non résorbable				44
fil suture vicryl 3/0 aiguille courbe 3/8 - 24 mm			suture résorbable				46
agrafeuse	agrafeuse 3M - 5 agraffes		fermeture plaie simple				47
ôte-agrafes	ôte-agrafes 3M		ablation agrafes				47
ciseaux dauphins 14 cm , 1 bout rond, 1 bout pointu							50
pince 14 cm à bouts mousses sans griffes							51
pince à écharde 9 cm							52
bistouri à usage unique Spengler n° 11							53
Attelles - Immobilisation sac 2							
Attelles modelables	SAMSPLINT II		immobilisation				60
attelle grenouille			immobilisation doigt				61
Collier cervical réglable	EMT' Choice		traumatisme rachis cervical				62
echarpe triangulaire			immobilisation				63
épingles à nourrice							64
Autres matériels d'urgence sac 2							
couverture de survie							70

MATERIEL POUR INJECTION code INJ sac 2 boîte verte

collecteur d'aiguilles SANIBOX							1
aiguilles IM (intramusculaire) Microlance 3: 40 - 8/10é (G21x1/2") / verte							2
aiguilles SC (sous cutanée) Microlance 3: 16-5/10é (G25/5/8") / orange							3
seringue 2 ml							4
seringue 5 ml							5

seringue 10 ml								6	
----------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--

APPAREILS DE MESURE sac 1

thermomètre médical électronique								1	
tensiomètre électronique : pression artérielle et pouls								2	

DIVERS

désinfection eau		Micropure forte DCCNa			boîte de 100 cp				
------------------	--	-----------------------	--	--	-----------------	--	--	--	--

PHARMACIE DE BORD

Navigation océanique

Liste des médicaments.

Classement suivant le tableau(ALL,DIF,CAR,DER,GAS,OPH,POU,ORL,STO,GYN,INF,PSY).

Indications, contre-indications, effets indésirables, mises en garde.

Nom de la spécialité, posologie, utilisation.

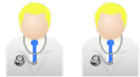
Signification des icônes.



Médicament délivré sans ordonnance.



Médicament liste I



Médicament liste II

Médicaments qui ne peuvent être utilisés que sur prescription médicale.

Sauf cas de force majeure, leur utilisation nécessite un avis médical (consultation CCMM).



Médicament appartenant à la classe des stupéfiants. Sauf cas de force majeure, son utilisation nécessite un avis médical (consultation CCMM).



Médicament majeur dans certaines situations d'urgence.

ALLERGIE – code ALL

ALL1 : adrénaline



INDICATIONS : choc anaphylactique, arrêt cardiaque, réaction allergique sévère.

CONTRE INDICATIONS : aucune dans le choc anaphylactique ou l'arrêt cardiaque

ANAPEN auto-injecteur à 0,1% ; 0,3mg/0,3ml ; à conserver à moins de 30°.

L'injection doit être effectuée en intramusculaire, sans attendre, dès l'apparition des signes précurseurs et symptômes du choc anaphylactique. Ceux-ci peuvent survenir dans les minutes qui suivent l'exposition à l'allergène. Ils se manifestent le plus souvent par une urticaire, des bouffées de chaleur ou un oedème. Des réactions plus sévères peuvent toucher les systèmes circulatoire et pulmonaire. Injecter Anapen uniquement dans la face antérolatérale de la cuisse et non dans le muscle fessier. La zone d'injection peut être massée légèrement pendant 10 secondes après l'administration.

Adulte : la dose usuelle est de 300 µg. Une injection supplémentaire peut être nécessaire chez les patients dont le poids est élevé. Dans certaines circonstances, une dose unique d'adrénaline peut ne pas suffire à inverser les effets d'une réaction allergique aiguë. Chez ces patients, une nouvelle dose peut être injectée après un délai de 10 à 15 minutes. Pour des raisons de stabilité, un volume de 0,75 ml reste inutilisé dans la seringue après utilisation. Cependant, le dispositif ne doit pas être réutilisé.

ALL2 : bétaméthasone.



INDICATIONS : réactions allergiques sévères ; urticaire ; crise d'asthme. oedème de Quincke (gêne respiratoire avec gonflement de la gorge) ; crise d'asthme.

CONTRE-INDICATIONS: aucune dans le cadre d'une indication vitale. Certaines maladies virales en évolution (herpès, zona) et états infectieux ou mycosiques non contrôlés.

CELESTENE oral - cp sec 2 mg solubles.

Pour le traitement d'une réaction allergique la posologie est :

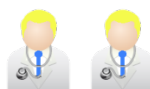
Adulte: 0,1 à 0,2 mg/kg/ soit pour un adulte de 70 kg 3 à 7 cp en une prise.

Enfant > 6 ans : 0,1 à 0,3 mg/kg/ soit pour un enfant de 23 kg 1 à 3cp½ en une prise.

CELESTENE injectable 4 mg : ampoules autocassables de 1 ml, boîte de 3.

Injections IV ou IM : posologie variable en fonction du diagnostic, de la sévérité de l'affection, du pronostic, de la réponse du patient et de la tolérance au traitement. 1 à 4 ampoules à répéter dans les 24 heures, selon l'état du malade.

ALL3: cétrizine



INDICATIONS: traitement symptomatique des rhino-sinusites, conjonctivites, dermatoses allergiques.

CONTRE-INDICATIONS: Allergie au produit (très rare), insuffisance rénale.

Effets indésirables : somnolence, fatigue, vertiges et céphalées.

VIRLIX 15 cp sec 10 mg.

Posologie : adulte : 1 cp par jour en 1 prise.
Enfant : ½ cp deux fois par jour.

Antalgiques-anti-inflammatoires-antispasmodiques code DIF

DIF1 : paracétamol



INDICATIONS : traitement des affections douloureuses ou fébriles. A donner en première intention.

CONTRE-INDICATIONS : allergie au paracétamol (exceptionnel).

DOLKO 500 - gel. à 500 mg

Posologie du paracétamol : Adulte et enfant > 15 ans: 500 mg à 1 g une à quatre fois par 24h en prises espacées de 6 heures (minimum 4 heures).

DIF2 : tramadol



INDICATIONS : traitement des douleurs intenses. Traitement en deuxième intention.

CONTRE-INDICATIONS : grossesse, enfant de moins de 12 ans, allergie connue aux opiacés.

Propriétés : analgésique morphinique mineur.

Effets indésirables : ce médicament peut parfois être mal supporté avec la possibilité en particulier de nausées, d'étourdissements, de maux de tête, de somnolence, de démangeaisons.

CONTRAMAL - gel. à 50 mg.

Posologie : adulte et enfant >12 ans : 50 à 100 mg toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 400 mg/24h.

DIF3 : morphine sulfate



INDICATIONS: douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits.

CONTRE-INDICATIONS : insuffisance respiratoire, douleur abdominale aigue de cause indéterminée, traumatismes crâniens, états convulsifs, intoxication alcoolique, allergie connue au produit, grossesse, allaitement. Eviter de l'associer avec le phloroglucinol (Spasfon). Ne pas associer avec un autre morphinique.

Effets indésirables : constipation, nausées, dépression respiratoire, confusion mentale, vertiges, hypotension, rétention urinaire en cas de troubles prostatiques.

ACTIKENAN 5mg – 14 gel 5 mg – délai d'action: 20 à 60 minutes ; durée d'action : 4 à 5 heures.

Posologie: adulte et enfant de plus de 6 mois ; en 6 prises par 24 heures espacées de 4 heures.

Commencer à 1mg/kg/24h, soit 50 à 60 mg/24h chez l'adulte mais réduire de 50% soit 20 à 30 mg/24h chez le sujet âgé. En cas de difficulté d'ingestion, il est possible d'ouvrir les gélules et de mélanger les microgranules sans les écraser à un aliment liquide.

DIF6 : kétoprofène (forme orale) (forme locale)

INDICATIONS :

Forme orale : poussées aiguës arthroses, arthrites ; lombalgies, sciatalgies, colique néphrétique, manifestations inflammatoires en traumatologie, stomatologie ou ORL.

Forme locale : traumatologie mineure : entorse, contusion, courbatures, élongations musculaires, oedèmes post-traumatiques. Tendinites.

CONTRE-INDICATIONS:

Forme orale : allergie connue au produit ; ulcère gastro-duodéal, insuffisances hépatiques ou rénales sévères ; grossesse et allaitement. Lupus érythémateux.

Forme locale : allergie connue au produit. Ne pas mettre en contact avec l'oeil, une muqueuse, une plaie. Insuffisance rénale sévère.

Propriétés : action antalgique, antiinflammatoire et antioedémateuse.

KETOPROFENE BIOGARAN 20 cp sec 150 mg.

Posologie : adulte : 1 cp deux fois par jour au cours des repas.

KETOPROFENE GEL 2,5 % - tube de 60 g.

Utilisation: application locale en massant légèrement à raison de 2 à 3 fois par jour.

Effets indésirables : possibilité de réaction cutanée allergique imposant l'arrêt immédiat.

Rougeur fréquente au niveau de la zone d'application.

Précautions : ne pas exposer au soleil la zone sur laquelle a été appliqué le gel - risque de photosensibilisation. Interrompre immédiatement le traitement en cas de réaction allergique.

DIF8 : thiocolchicoside

INDICATIONS : traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses.

CONTRE-INDICATIONS : allergie à l'un des composants, à la colchicine ou thiocolchicoside. Allaitement. Intolérance au galactose. Grossesse 3 premiers mois.

Effets indésirables : risque de diarrhée (réduire la posologie) ; risque de trouble digestif (éventuellement, ingérer les comprimés avec un pansement gastrique).

THIOLCHICOSIDE RATIOPHARM 12 cp sec 4 mg.

Posologie : réservé à l'adulte (plus de 15 ans) : 2 cp deux fois par jour.

DIF9 : phloroglucinol

INDICATIONS : douleurs abdominales et pelviennes:manifestations spasmodiques du tube digestif, des voies urinaires et biliaires ; douleurs des règles ; colique hépatique et colique néphrétique.

CONTRE-INDICATIONS: allergie connue au produit (très rare). Ne pas associer avec un antalgique morphinique.

Effets secondaires : réaction cutanée allergique (très rare). Dans ce cas, arrêt du traitement.

SPASFON Lyoc – 10 lyocs à 80 mg

Adulte : 2 lyocs 2 à 3 fois par jour. Pour une action plus rapide, les laisser fondre sous la langue.

Enfant : 1 lyoc 2 fois par jour.

CARDIOLOGIE code CAR

CAR1 : trinitrine



INDICATIONS : traitement préventif et curatif de la crise d'angor (« angine de poitrine »).

CONTRE-INDICATIONS absolues : allergie aux dérivés nitrés, état de choc, hypotension, association au sildénafil (Viagra).

Effets indésirables : céphalées, bouffées de chaleur, rougeur de la peau, possibilité de baisse tensionnelle +/- malaise notamment chez le sujet âgé, nausées, vomissements.

NATISPRAY 0,15 - flacon pressurisé de 200 doses à 0,15 mg par dose

1 pulvérisation sous la langue en cas de crise à répéter 1 à 2 fois après 3 minutes si la crise persiste.

CAR3 : nicardipine



INDICATIONS : hypertension artérielle.

CONTRE-INDICATIONS : allergie au produit, insuffisances hépatiques ou rénales sévères, grossesse, allaitement.

Effets indésirables : œdèmes des jambes, céphalées, rougeur du visage, hypotension.

LOXEN 20 mg : 30 cp sec 20 mg.

Posologie : adulte : 60 mg par jour en 3 prises.

CAR4 : furosémide



INDICATIONS : hypertension artérielle, œdème aigu du poumon.

CONTRE-INDICATIONS : allergie aux sulfamides ; obstacle sur les voies urinaires, allaitement.

LASILIX injectable : ampoule 2ml/20 mg

Posologie : adulte : injection IV lente ou IM : 1 à 3 ampoules par jour.

DERMATOLOGIE code DER

DER2 : trolamine



INDICATIONS : radioprotection cutanée ; plaies cutanées non infectées et brûlures superficielles.

CONTRE-INDICATIONS : plaies hémorragiques ou infectées, dermatoses allergiques.

Propriétés : action mécanique de détergence et de drainage sans action antiseptique propre.

Effets indésirables : possibilité de picotements dans les 30 mn qui suivent l'application ; effet transitoire. Rare allergie de contact nécessitant l'arrêt du traitement.

BIAFINE émulsion - tube de 100 ml

Utilisation :

Brûlures du 1er degré : appliquer en couche épaisse jusqu'à refus de la peau. Faire pénétrer par un léger massage. Renouveler 2 à 4 fois par jour.

Brûlures du 2e degré et autres plaies cutanées : après nettoyage de la plaie, appliquer en couche épaisse en débordant largement la surface de la lésion et renouveler les applications afin de maintenir toujours un excédent d'émulsion sur la lésion. Recouvrir si besoin d'une compresse humidifiée et terminer le pansement. Ne pas utiliser de pansement absorbant sec.

DER3 crème anti-fissure



Indications : fissures et crevasses.

XERIAL fissures et crevasses crème ; tube de 40 ml.

Utilisation : Appliquer chaque jour sur la zone concernée jusqu'à l'effet recherché.

DER4 - protection cutanée



Indications : irritation de la peau.

LUTSINE ERYPLAST.

Utilisation : appliquer en couches fines sur la zone irritée.

DER5 : acide fusidique



INDICATIONS : infections de la peau à staphylocoque et streptocoque.

CONTRE-INDICATIONS : allergie à l'acide fusidique.

Effets indésirables : possibilité d'eczéma allergique de contact.

FUCIDINE crème : tube de 15 g.

Applications locales avec ou sans pansement, une ou deux fois par jour après nettoyage de la surface infectée. Éviter l'application en couche épaisse. Limiter le traitement à une semaine.

DER6 sulfadiazine argentique



INDICATIONS : traitement antiseptique d'appoint des plaies infectées et des brûlures.

CONTRE-INDICATIONS : allergie aux sulfamides, grossesse, allaitement.

FLAMMAZINE : tube de 50 g.

La crème peut être soit appliquée sur une gaze stérile, soit étalée directement sur la plaie en couche de 2 à 3 mm d'épaisseur environ. Avant de renouveler les applications (en principe toutes les 24 heures), il convient de nettoyer la plaie par lavage à l'eau ou avec du sérum physiologique.

DER7 : hydrocortisone butyrate



INDICATIONS : eczéma, psoriasis, piqûres d'insecte, pustuloses palmo-plantaires.

CONTRE-INDICATIONS : infections cutanées bactériennes, virales, mycosiques ou parasitaires (gale). Acné, rosacée.

LOCOID crème 0,1% tube de 30 g. Dermocorticoïde de niveau 2 (activité forte).

Posologie : 2 applications par jour. Appliquer le produit en touches espacées avec un gant en plastique jusqu'à ce qu'il soit entièrement absorbé.

DER8 : kétoconazole



INDICATIONS : infections cutanées mycosiques.

CONTRE-INDICATIONS : allergie connue au produit.

KETODERM crème 2% ; tube de 15 g

Posologie : 1 application deux fois par jour.

DER9 : vaseline



INDICATIONS : protection cutanée.

CONTRE-INDICATIONS : dermatose infectée au point d'application.

VASELINE stérile COOPER ; tube de 100 g.

GASTRO-ENTEROLOGIE code GAS

GAS1 : hydroxyde aluminium



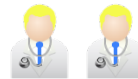
INDICATIONS : brûlures , aigreurs de l'estomac et de l'œsophage.

CONTRE-INDICATIONS : Insuffisance rénale sévère.

ROCGEL - sachet

Adulte : Prendre 1 sachet en cas de douleur. La posologie habituelle est de 1 sachet à prendre 90 mn après le début de chaque repas.

GAS2 : oméprazole



INDICATIONS : ulcère gastrique, duodéal ; œsophagite.

CONTRE-INDICATIONS : allergie connue au produit (rare), allaitement.

OMEPRAZOLE ACTAVIS 2 mg : 14 gel 20 mg.

Posologie : 1 gel par jour – au cours d'un repas ou à jeun.

GAS3 : métopimazine



INDICATIONS : nausées et vomissements.

CONTRE-INDICATIONS : risque de glaucome, rétention urinaire par obstacle uréthro-prostatique.

Allergie connue au produit.

VOGALENE lyoc 7,5 mg ; 16 lyocs.

Posologie :

adulte : 1 lyoc 2 à 4 fois par jour.

Enfant de plus de 6 ans : 1 à 2 lyocs par jour.

GAS4 : disomectite



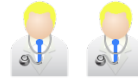
INDICATIONS : traitement symptomatique en cas de diarrhée, météorisme, gastrites et hernies hiatales.

CONTRE-INDICATIONS : affection sténosante du tube digestif.

SMECTA 30 sachets.

Posologie : adulte : 3 sachets/j ; enfant : 1 à 2 sachets/j ; nourrisson : ½ à 1 sachet /j.

GAS5 : tibroquinol + tiliquinol



INDICATIONS : parasitose intestinale. Amibiase.

Effets indésirables : allergie (rare), perturbations hépatiques (rares).

INTETRIX : 20 gelules.

Posologie : adulte : 2 gel 2 fois par jour.

GAS6 : flubendazole



INDICATIONS : oxyurose, ascaridiose, ankylostomose, trichocéphalose, trichostrongylose.

CONTRE-INDICATIONS : grossesse 1er trimestre.

Effets indésirables : diarrhée, nausées, douleurs abdominales.

FLUVERMAL : 6 cp sec 100 mg.

Posologie :

Oxyurose : adulte et enfant : 100 mg en 1 prise unique renouvelée après 15 jours.

Autres nématodoses : adulte et enfant : 100 mg matin et soir pendant 3 jours.

GAS7 : loperamide



INDICATIONS : traitement symptomatique des diarrhées.

CONTRE-INDICATIONS : allergie connue au produit , enfant de moins de 8 ans ;

Effets indésirables : constipation.

LOPERAMIDE BIOGARAN 2 mg ; 20 gel 2 mg.

Posologie :

Adulte : 2 gel en 1 prise puis 1 gel à chaque selle diarrhéique ; max : 8 gel/24h.

Enfant de plus de 8 ans : 1 gel en 1 prise puis 1 gel à chaque selle diarrhéique (dose max : 6 gel/24h).

GAS8 : lactulose



INDICATIONS : constipation.

CONTRE-INDICATIONS : régime exempt de galactose ; colopathies inflammatoires.

Effets indésirables : météorisme, diarrhée si surdosage.

LACTULOSE EG 10g : 20 sachets 15 ml.

Posologie :

Adultes : traitement d'attaque : 1 à 3 sachets-doses par jour ; traitement d'entretien : 1 à 2 sachets-doses par jour.

Enfant de 7 à 14 ans : traitement d'attaque : 1 sachet-dose par jour.

GAS9 : citrate de sodium + sorbitol



INDICATIONS : constipation basse.

CONTRE-INDICATIONS : lésions locales : poussées hémorroïdaires, fissures anales, rectites, anites. Ne pas utiliser en cas d'obstruction intestinale et de douleurs abdominales d'étiologie inconnue.

MICROLAX 4 tubes microlavement.

Posologie : 1 tube par jour. Casser l'embout. Introduire la canule dans le rectum et vider par pression tout le contenu du tube, retirer la canule sans relâcher la pression sur le tube.

GAS10 : trimébutine + ruscogénines



INDICATIONS : traitement symptomatique des manifestations douloureuses et prurigineuses anales, des syndromes fissuraires, en particulier dans la crise hémorroïdaire.

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité à l'un des constituants, notamment au propylèneglycol .

PROCTOLOG crème tube de 20 g + canule.

Posologie : 1 à deux applications par jour.

OPHTALMOLOGIE : code OPH

OPH1 : ac borique+borate de sodium



INDICATIONS : irritations des paupières et du globe oculaire.

CONTRE-INDICATIONS : allergie connue au produit.

DACRYOSERUM 20 unidoses de 5 ml.

Utilisation : Les lavages se font de façon directe, par jet, en retournant le récipient unidose et en appuyant légèrement sur celui-ci, en prenant garde de ne pas mettre le mettre en contact avec la surface de l'oeil et en essuyant l'excédent avec une compresse ou du coton hydrophile. Utiliser le récipient unidose immédiatement après ouverture et le jeter après usage. Ne pas réutiliser une unidose entamée.

OPH2 : céthexonium



INDICATIONS : Traitement antiseptique des affections superficielles de l'oeil et de ses annexes.

CONTRE-INDICATIONS : Antécédents d'allergie au céthexonium ou autres ammoniums quaternaires.

Précautions d'emploi : Éviter l'utilisation chez les porteurs de lentilles de contact : les ammoniums quaternaires peuvent être adsorbés par les lentilles hydrophiles et être à l'origine d'intolérance locale.

En cas de traitement concomitant par un collyre contenant un principe actif différent, espacer de 15 minutes les instillations.

Ne pas toucher l'oeil avec l'embout de l'unidose.

L'unidose doit être jetée immédiatement après usage et ne doit pas être conservée en vue d'une réutilisation lors des administrations suivantes.

BIOCIDAN unidoses 0,1 mg ; 10 unidoses de 0,4 ml/

Posologie : En instillation oculaire. Instiller 1 goutte, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, en tirant la paupière inférieure légèrement vers le bas et en regardant vers le haut, 3 à 4 fois par jour, pendant 7 jours en moyenne.

OPH3 : norfloxacin 0,3%



INDICATIONS : traitement antibactérien local des infections oculaires sévères (conjonctivites sévères, kératites et ulcères cornéens).

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité à l'un des composant. Hypersensibilité aux quinolones.

Effets indésirables : Le plus fréquemment rencontré : sensations de brûlure ou de picotement local.

Plus rarement : hyperhémie conjonctivale, chémosis, photophobie, goût amer après l'instillation.
En raison de la présence de chlorure de benzalkonium, risque d'eczéma de contact, d'irritation.

CHIBROXINE COLLYRE 0,3 %

Posologie : la posologie usuelle est de 1 ou 2 gouttes 4 fois par jour dans l'oeil (ou les yeux) atteint(s).
Si la sévérité de l'infection l'exige, on peut prescrire, le premier jour de traitement, 1 ou 2 gouttes de collyre toutes les 2 heures, pendant la journée.

OPH4 : tobramycine 0,3%



INDICATIONS : Traitement antibactérien local des conjonctivites, des kératites, des ulcères cornéens, des blépharites et de l'orgelet dus à des germes sensibles à la tobramycine.

CONTRE-INDICATIONS : allergie connue à l'un des composants.

Effets indésirables : Démangeaisons, irritation et gonflement des paupières, érythème de la conjonctive.

TOBREX pommade ophtalmique 0,3% tube de 5 g.

Utilisation :

- Se laver soigneusement les mains.
- Éviter de toucher l'oeil ou les paupières avec l'embout du tube.
- Appliquer une quantité de pommade ophtalmique équivalente à un grain de blé dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de l'oeil en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas.
- Relâcher la paupière inférieure et cligner des yeux à plusieurs reprises pour être sûr que la pommade recouvre la totalité de l'oeil.
- L'oeil fermé, essuyer proprement l'excédent.
- Fermer le tube après utilisation.

OPH5 : cicatrisant



INDICATIONS :

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité aux dérivés mercuriels. Hypersensibilité à l'un des composants.

Effets indésirables : eczéma de contact, hypersensibilité, coloration du cristallin, kératite.

VITACIC flacon de 5 ml.

- 1 à 2 gouttes de collyre, 3 à 6 fois par jour. .

Mode d'emploi : Se laver soigneusement les mains avant de pratiquer l'instillation. - Instiller 1 goutte de collyre dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de l'oeil (ou des yeux) malade(s) en regardant vers le haut et en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas. - Ne pas toucher l'oeil ou les paupières avec l'embout du flacon. - Reboucher le flacon immédiatement après utilisation.

OPH6 : Iodoxamide



INDICATIONS : affections oculaires d'origine allergique.

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité au lodoxamide ou à l'un des composants du collyre. Enfant : absence d'étude chez l'enfant de moins de 4 ans.

ALMIDE 0,1% collyre : 20 unidoses.

Utilisation : en instillation oculaire. Selon la sévérité des symptômes : 1 à 2 gouttes dans l'oeil malade, 2 à 4 fois par jour, à intervalles réguliers. Après amélioration de la symptomatologie, le traitement devra être poursuivi pour maintenir l'amélioration.

OPH7 : aciclovir



INDICATIONS : kératite herpétique.

CONTRE-INDICATIONS : antécédent d'hypersensibilité à l'aciclovir et à ses dérivés.

ZOVIRAX 3% ophtalmique : tube pommade 4,5g.

Utilisation : Appliquer la pommade dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, 5 fois par jour. Pour cela, baisser la paupière inférieure et appliquer l'équivalent d'un grain de riz, en évitant de toucher l'oeil ou la paupière avec l'embout du tube. Puis fermer la paupière. Le traitement sera poursuivi jusque 3 jours après la cicatrisation.

PNEUMOLOGIE code POU

POU1 : salbutamol



INDICATIONS : traitement de la crise d'asthme.

CONTRE-INDICATIONS : Allergie connue au produit (très rare).

Effets indésirables : exceptionnels à doses thérapeutiques : nervosité, tremblements des extrémités, céphalées, vertiges, palpitations, tachycardie. Possibilité de crampes musculaires.

VENTOLINE 100µg : flacon de 200 bouffées.

Posologie : crise d'asthme : 1 à 2 bouffées répétées si besoin après quelques minutes.

Utilisation :

- expirer profondément ;
- présenter l'embout buccal à l'entrée de la bouche, le fond de la cartouche métallique dirigé vers le haut ;
- commencer à inspirer en pressant sur la cartouche métallique tout en continuant à inspirer lentement et profondément ;
- retirer l'embout buccal et retenir sa respiration pendant au moins 10 secondes ;
- l'embout buccal de l'appareil de propulsion doit, par mesure d'hygiène, être nettoyé après emploi.

O.R.L code ORL

ORL1 : alginate de calcium



INDICATIONS : Saignements de nez, cutanés, buccaux et des points de ponction.

COALGAN 5 sachets individuels.

Précautions d'emploi :

S'assurer de l'intégrité du sachet avant l'utilisation du produit. Ne pas restériliser. Respecter la date limite d'utilisation. Coalgan ne doit pas rester en place plus de 24 heures

Coalgan contient des traces de chlorure de benzalkonium, son utilisation peut provoquer des réactions d'hypersensibilité chez certains sujets sensibles.

Interactions :

Si des produits alcalins (ex : hypochlorite de sodium) ou contenant de la chlorhexidine ont été utilisés, rincer abondamment la lésion avec une solution physiologique (NaCl à 0,9 %) avant d'appliquer Coalgan afin d'éviter toute interaction.

UTILISATIONS :

Saignement de nez :

- Pencher la tête en avant, se moucher afin d'éliminer les caillots.
- Déchirer le sachet de Coalgan suivant le pointillé.
- Torsader Coalgan pour obtenir une mèche compacte (Coalgan peut être imprégné de sérum physiologique NaCl à 0,9 % pour faciliter son introduction dans la narine).
- Introduire Coalgan. Pincer les deux narines pendant 10 minutes.
- Laisser Coalgan en place au moins 30 minutes. Utiliser le sachet pour le jeter.

Saignement cutané (coupures, écorchures) :

- Nettoyer la plaie avec l'eau et du savon, ou du sérum physiologique (NaCl à 0,9 %).
- Appliquer Coalgan sur la lésion et le retirer à l'arrêt du saignement.

Saignement buccal (lèvres, gencives, langue...) :

- Appliquer sur la lésion.
- Retirer Coalgan à l'arrêt du saignement ; les éventuelles fibres restant après le retrait de Coalgan s'éliminent naturellement.

ORL2 – néomycine, polymyxine, fludrocortisone, lidocaïne



INDICATIONS : traitement local des otites externes d'origine bactérienne à tympan fermé, en particulier eczéma infecté du conduit auditif externe. Ce médicament ne doit jamais être utilisé en cas de perforation tympanique en raison du risque d'ototoxicité.

CONTRE-INDICATIONS : Allergie à l'un des constituants. Perforation tympanique connue ou suspectée. Infections virales du conduit auditif externe incluant la varicelle et les infections à Herpes simplex.

PANOTILE flacon compte gouttes.

Posologie : Instiller chaque matin 3 à 6 gouttes dans le conduit auditif de l'oreille atteinte et renouveler l'opération le soir. La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

ORL3 : ofloxacine



INDICATIONS : otites. Pas de contre-indication sur tympan ouvert.

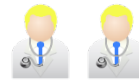
CONTRE-INDICATIONS : Allergie à l'un des composants (quinolones).

Effets indésirables : Rares cas d'otalgies et de réactions d'hypersensibilité.

OFLOCET auriculaire à 1,5 mg/0,5 ml 20 unidoses.

Utilisation : Instiller chaque matin la totalité du contenu du récipient unidosé (soit environ 10 gouttes) dans le conduit auditif de l'oreille atteinte, et renouveler l'opération le soir. La durée du traitement est habituellement de 7 jours.

ORL5 : décongestionnant nasal



INDICATIONS : Traitement local symptomatique de courte durée des affections rhinopharyngées avec sécrétion excessive de la muqueuse.

CONTRE-INDICATIONS : antécédents d'accident vasculaire cérébral, de convulsions. Insuffisance coronarienne, hypertension artérielle, risque de glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire si troubles prostatiques, enfants de moins de 30 mois, allergie connue au produit.

RHINOFLUIMUCIL flacon 10 ml.

Posologie :

- Adulte : 2 pulvérisations dans chaque narine, 3 à 4 fois par jour.
- Enfant de plus de 30 mois : 1 pulvérisation dans chaque narine, 1 à 2 fois par jour

Durée maximale du traitement : 5 jours.

STOMATOLOGIE code STO

STO1 : antiseptique buccal



INDICATIONS : Traitement local d'appoint antibactérien et antalgique des affections limitées à la muqueuse buccale et à l'oropharynx.

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité aux ammoniums quaternaires. Hypersensibilité aux salicylés. Enfant de moins de 6 ans. Hypersensibilité à l'un des composants.

GIVALEX : flacon 125 ml.

Posologie :

- Adultes : une pulvérisation 4 à 6 fois par jour.
- Enfants de 6 à 15 ans : une pulvérisation deux à trois par jour.

Durée du traitement limitée à 5 jours.

GYNECOLOGIE code GYN

GYN1 : fenticonazole



INDICATIONS : Candidoses génitales (vulvovaginite, cervicite) surinfectées ou non par des bactéries Gram +.

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité à l'un des composants (ou sensibilité croisée avec les autres membres du groupe des imidazolés). Utilisation de préservatifs ou de diaphragmes en latex.

Précautions d'emploi : En cas d'intolérance locale ou de réaction allergique, le traitement sera interrompu. Il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorisant la multiplication des candidoses).

LOMEXIN 1 capsule vaginale à 600 mg.

Utilisation :

- Une capsule à 600 mg, au coucher, en administration unique. La capsule doit être introduite profondément dans le vagin, de préférence en position allongée. En cas de mycose récidivante ou rebelle, l'administration peut être renouvelée au bout de trois jours. Le traitement du partenaire (prépuce et gland) se discutera en fonction de chaque cas.

Conseils pratiques :

- Toilette avec un savon à pH neutre ou alcalin.
- Le traitement s'accompagnera de conseils d'hygiène (port de sous-vêtements en coton, éviter les douches vaginales...) et, dans la mesure du possible, de la suppression de facteurs favorisant.
- Pour traiter les extensions vulvaires ou périanales de la mycose, il est recommandé d'associer aux capsules vaginales un lait ou une crème antifongique appliqué localement.
- Ne pas interrompre le traitement pendant les règles.

GYN2 : nomegestrol



INDICATIONS : endométriose, hémorragies fonctionnelles et ménorragies des fibromes ; syndromes prémenstruels, dysménorrhée.

CONTRER-INDICATIONS : Accidents thromboemboliques ou antécédents thromboemboliques artériels (en particulier infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral). Accidents thromboemboliques ou antécédents thromboemboliques veineux documentés (phlébite, embolie pulmonaire). Altérations graves de la fonction hépatique. Hémorragies génitales non diagnostiquées. Hypersensibilité à l'acétate de nomegestrol ou à l'un des excipients.

Mises en garde : Il convient d'interrompre l'administration du produit au cas où surviendraient des troubles oculaires (diplopie, baisse de l'acuité visuelle, lésions vasculaires de la rétine), des signes cliniques d'accidents thromboemboliques, artériels ou veineux, ou des céphalées importantes et inhabituelles.

LUTENYL 5 mg : 10 cp sec 5 mg.

INFECTIONS code INF

INF1 : azithromycine



INDICATIONS : Angines à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé. Surinfections des bronchites aiguës, exacerbations des bronchites chronique.

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité aux macrolides. Hypersensibilité à l'un des composants. Intolérance génétique au galactose. Malabsorption du glucose et du galactose, syndrome (de)Déficit en lactase.

AZITHROMYCINE BIOGARAN 250 : 6 cp 250 mg.

POSOLOGIE :

Adulte :

- Angines, infections stomatologiques : 500 mg (2 comprimés) par jour pendant 3 jours.
- Surinfections des bronchites aiguës, exacerbations des bronchites chroniques : 500 mg (2 comprimés) le premier jour puis 250 mg (1 comprimé) les 4 jours suivants. La durée du traitement sera de 5 jours.

MODE D'ADMINISTRATION : Les comprimés peuvent être pris pendant ou en dehors des repas, en une prise unique journalière.

INF3 : amoxicilline+acide clavulanique



INDICATIONS :

- Otites moyennes aiguës de l'adulte.
- Sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.
- Surinfections de bronchites aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans, en cas de risque évolutif ou en seconde intention.
- Exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.
- Pneumopathies aiguës du patient à risque, notamment éthylique chronique, tabagique, âgé de plus de 65 ans ou présentant des troubles de la déglutition.
- Cystites aiguës récidivantes, cystites non compliquées de la femme et pyélonéphrites aiguës non compliquées dues à des germes sensibles.
- Infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique actif sur les chlamydiae .
- Parodontites.
- Infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmons, cellulites.

CONTRE-INDICATIONS : Allergie aux antibiotiques de la famille des bêtalactamines (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines. Allergie à l'un des constituants du médicament. Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.

AUGMENTIN adulte 1g/125 : 12 sachets.

Posologie : Adulte : 2 g par jour en deux prises soit 1 sachet matin et soir.

INF4 : pristinamycine



INDICATIONS : infections dues aux germes définis comme sensibles, principalement dans leurs manifestations : ORL, dont les sinusites aiguës, bronchopulmonaires, dont les exacerbations aiguës de bronchites chroniques, stomatologiques, génitales (en particulier prostatiques), cutanées, osseuses et articulaires.

CONTRE-INDICATIONS : Allergie à la pristinamycine et/ou à la virginiamycine. Allergie au blé (autre que la maladie coeliaque). En association avec la colchicine. Allaitement.

Effets indésirables : vomissements, diarrhée, pesanteur gastrique. Colites pseudomembraneuses, colites aiguës hémorragiques. Pustulose exanthématique aiguë généralisée. Très rarement ont été rapportés : Hypersensibilité : Manifestation immunoallergiques générales : urticaire, oedème de Quincke et choc anaphylactique.

PYOSTACINE 500 mg ; 16 cp secables.

POSOLOGIE :

Adulte :

4 à 6 comprimés à 500 mg (soit 2 à 3 g) par jour, en 2 ou 3 prises au moment des repas ; dans les infections sévères, cette posologie peut être portée à 8 comprimés à 500 mg (soit 4 g) par jour.

Sinusites maxillaires aiguës : traitement de 4 jours à la posologie de 2 g/jour, en deux prises.

Exacerbations aiguës de bronchites chroniques : traitement de 4 jours à la posologie de 3 g/jour, en trois prises.

INF5 : ofloxacine



INDICATIONS : limitées chez l'adulte :

- au traitement des infections urinaires hautes et basses, compliquées ou non ;
- au traitement de l'urétrite gonococcique et non gonococcique ;
- au traitement des infections sévères dans les manifestations prostatiques ;
- au traitement des infections gynécologiques hautes
- au traitement de relais des infections ostéoarticulaires ;
- au traitement de la suppuration bronchique, en l'absence de toute atteinte parenchymateuse ;
- chez le sujet à risque (éthylisme chronique, tabagisme, sujet de plus de 65 ans),
- chez le bronchitique chronique lors de poussées itératives ;
- au traitement des infections ORL suivantes :
 - sinusites chroniques,
 - poussées de surinfection des otites chroniques (quelle que soit leur nature) et des cavités d'évidement,
 - préparations préopératoires d'otites chroniques ostéitiques ou cholestéatomateuses.

CONTRE-INDICATIONS : Antécédents de tendinopathie avec une fluoroquinolone .Hypersensibilité à l'ofloxacine ou à un produit de la famille des quinolones. Épilepsie. Allaitement. Enfant jusqu'à la fin de la période de croissance.

Mises en garde :

- Éviter l'exposition au soleil et aux rayonnements ultraviolets pendant la durée du traitement, en raison du risque de photosensibilisation.
- Les tendinites, rarement observées, peuvent parfois conduire à une rupture touchant plus particulièrement le tendon d'Achille, et surviennent notamment chez le patient âgé. La rupture semble être favorisée par la corticothérapie au long cours. Le risque de survenue d'une arthropathie est à surveiller.
- Dans de très rares cas, des réactions psychotiques et un syndrome dépressif avec possible comportement à risque pour le patient (idées ou actes suicidaires) peuvent survenir dès les premières prises du traitement. L'ofloxacine doit alors être arrêtée et le médecin doit être informé immédiatement.

Précautions d'emploi :

Tendinites : l'apparition de signes de tendinite demande un arrêt du traitement, la mise au repos des deux tendons d'Achille par une contention appropriée ou des talonnettes et un avis en milieu spécialisé.

L'ofloxacine doit être utilisée avec prudence chez les patients ayant des antécédents de convulsions ou des facteurs prédisposant à la survenue de convulsions

OFLOCET 200 mg ; 10 cp secables.

POSOLOGIE :

Adulte : 400 mg/jour en deux prises (soit un comprimé matin et soir).

Pour le traitement de la suppuration bronchique, la posologie est de 400 mg/jour en une seule prise.

Dans les infections urinaires basses de la femme:

- cystites aiguës non compliquées de la femme de moins de 65 ans : 2 comprimés en une seule prise.
- cystites de la femme présentant les facteurs de risque suivants : cystites récidivantes, âge supérieur à 65 ans : le traitement est de 5 jours ;

INF6 : métronidazole



INDICATIONS : limitées aux infections dues aux germes définis comme sensibles :

- amibiases ;
- trichomonases urogénitales ;
- vaginites non spécifiques ;
- lambliaoses ;
- traitement curatif des infections médocochirurgicales à germes anaérobies sensibles ;

CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité aux imidazolés. Allergie au blé pour les comprimés.

Mises en garde : Éviter les boissons alcoolisées. Interrompre le traitement en cas d'ataxie, de vertiges, de confusion mentale. En cas de traitement prolongé, surveiller l'apparition de signes évocateurs d'effet indésirable à type de neuropathie centrale ou périphérique (paresthésies, ataxie, vertiges, crises convulsives).

Interactions médicamenteuses : Déconseillées :

- Alcool : effet antabuse (chaleur, rougeurs, vomissements, tachycardie). Éviter la prise de boissons alcoolisées et de médicaments contenant de l'alcool.
- Disulfirame : bouffées délirantes, état confusionnel.
- Nécessitant des précautions d'emploi :
 - Anticoagulants oraux : augmentation de l'effet de l'anticoagulant oral et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent du taux de prothrombine et surveillance de l'INR. Adaptation de la posologie de l'anticoagulant oral pendant le traitement par le métronidazole et 8 jours après son arrêt.

Effets indésirables :

- Système gastro-intestinal : Troubles digestifs bénins (douleurs épigastriques, nausées, vomissements, diarrhée). Glossite avec sensation de sécheresse de la bouche, stomatite, goût métallique, anorexie. Exceptionnellement, cas de pancréatite réversible à l'arrêt du traitement.
- Peau et annexes : Bouffées congestives, prurit, éruption cutanée parfois fébrile. Urticaire, oedème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique.
- Système nerveux central et périphérique : Céphalées. Neuropathies sensibles périphériques. Convulsions, vertiges, ataxie.
- Troubles psychiatriques : Confusion, hallucinations.
- Divers : Apparition d'une coloration brun-rougeâtre des urines due à la présence de pigments hydrosolubles provenant du métabolisme du produit.

FLAGYL 500 mg ; 14 comprimés.

Posologie :

Infections médicochirurgicales (en association avec un antibiotique) : 1,5 g par jour en 3 prises.

Amibiase : Adultes : 1,5 g par jour, en 3 prises. La durée du traitement est de sept jours consécutifs.

Lambliaze : Adultes : 750 mg à 1 g par jour pendant 5 jours consécutifs.

Vaginites non spécifiques : 500 mg 2 fois par jour pendant 7 jours. Un traitement simultané du partenaire doit être pratiqué.

INF7 : ceftriaxone



INDICATIONS : infections sévères. En particulier :

- aux infections respiratoires basses, dans les formes sévères, en particulier chez les sujets à risque (sujet âgé, alcoolique, immunodéprimé, tabagique et insuffisant respiratoire...), notamment :
- pour les pneumopathies bactériennes (pneumocoque, présumées à bacilles Gram -) ;
- pour les poussées aiguës de bronchite chronique, généralement en deuxième intention ;
- aux infections urinaires sévères et/ou à germes résistants :
- pyélonéphrites aiguës ;
- infections urinaires basses associées à un syndrome septique ;
- poussées aiguës de prostatites chroniques.
- antibiothérapie d'urgence avant hospitalisation en cas de suspicion clinique de Purpura fulminans.

CONTRE-INDICATIONS :

Allergie aux antibiotiques du groupe des céphalosporines. Allergie à la lidocaïne.

ROCEPHINE 1g injection IM ; flacon + ampoule 1g/3,5 ml.

Posologie : 1 g par jour en une seule injection, pouvant être porté à 2 g/jour en 1 seule injection, selon la sévérité de l'infection et le poids du patient. **Voie IM** : Il est recommandé de ne pas injecter plus de 1 g du même côté.

PSYCHIATRIE code PSY

PSY1 : diazépam



INDICATIONS : épilepsie, états d'agitation et d'agressivité, crises d'angoisse aiguës, insomnie d'endormissement, états névrotiques, troubles psychosomatiques.

CONTRE-INDICATIONS : Allergie connue aux benzodiazépines (très rare), insuffisance respiratoire, apnées du sommeil. Ne pas associer à l'alcool. Ne pas associer à oméprazole (GAS2).

Effets indésirables : somnolence, hypotonie, sensations ébrieuses, plus rarement réactions paradoxales : irritabilité, excitation, agressivité, confusion.

VALIUM 5 mg ; 40 cp sec 5 mg.

Posologie : Adulte : à dose très progressive en 2 à 3 prises orales : 5 à 20 mg par jour ; jusqu'à 40 mg/j.

Nom du navire : Port d'origine :

Indicatif du navire : Cap ou route :

Numéro MMSI: Éléments caractéristiques du navire :

Position du navire (données GPS ou amers...):

Nombre de personnes à bord : Numéro de portable :

Que s'est-il passé ? (description sommaire) Ex : équipier percuté par la bôme ; est sans connaissance. / hémorragie impossible à arrêter. :

Heure de survenue de l'accident ou du problème médical :

Age de la victime :	Traitements et maladies connues :
Sexe : M / F
Nom :

Je rédige le message d'urgence :

PAN PAN, PAN PAN, PAN PAN

Ici le bateau / / /
nom nom nom indicatif

À la position
données GPS ou relèvement distance

Urgence médicale à bord. Demande assistance.
description sommaire du problème

Ici le bateau
nom

A vous.

CROSS		
VHF : canal 16 (156,8 MH).	canal 70 ASN	MMSI
Manche est-mer du Nord : CROSS Gris-Nez	03 21 87 21 87	00 227 5100
Manche centrale et Ouest Cotentin : CROSS Jobourg	02 33 52 72 13	00 227 5200
Manche Ouest et pointe de Bretagne : CROSS Corsen	02 98 89 31 31	00 227 5300
Méditerranée : CROSS La Garde	04 94 61 71 10	00 227 5400
Atlantique : CROSS Etel	02 97 55 35 35	00 227 5000
Antilles/Guyane : CROSS AG	05 96 70 92 92	
CCMM		
par l'intermédiaire du CROSS - communication à trois		
par GSM en appelant directement	05 61 49 33 33	

Appel VHF ASN

annonce d'urgence : canal 70
 menu « catégorie »: choisir « Urgency »
 Pas d'accusé de réception du CROSS.
 Après l'envoi, je passe sur canal 16 pour envoi du **message d'urgence**.

Je remplis les fiches « bilan » (FB) correspondant au problème médical survenu afin de pouvoir donner des précisions au médecin.

Je note les gestes entrepris et les médicaments éventuellement administrés :

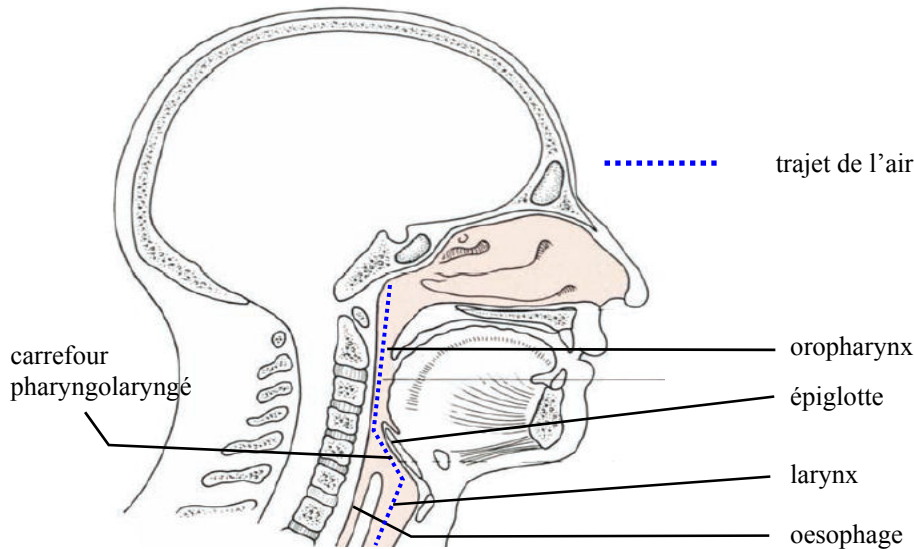
.....

.....

.....

L'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger est une urgence vitale. Plus d'une centaine de décès sont imputés chaque année à une asphyxie consécutive à une obstruction des voies respiratoires par un corps étranger avec une nette prédominance chez les enfants de moins de 1 an (objet porté à la bouche) et chez les personnes âgées de plus de 65 ans (origine alimentaire).

L'obstruction des voies respiratoires au décours d'une déglutition est due à une « erreur d'aiguillage ». Lorsque vous avalez, l'épiglotte, une lame cartilagineuse élastique en forme de cuillère, vient fermer le larynx et dirige les aliments et les liquides dans l'oesophage..



Cependant, il arrive parfois, comme lors d'un éclat de rire, que ce mécanisme d'aiguillage soit pris en défaut et qu'un aliment bascule dans le larynx. Si une substance autre que l'air pénètre dans le larynx, le réflexe de la toux se déclenche afin de l'expulser.

Dans la plupart des cas, quand une personne "avale de travers", elle va parvenir, par quelques accès de toux, à expulser le corps étranger et à rétablir la respiration. Cependant, dans certains cas, le corps étranger reste bloqué (généralement au niveau du carrefour pharyngolaryngé) et empêche tout passage d'air, menaçant à très court terme le pronostic vital.

Parfois le corps étranger, en particulier s'il est de petite taille, va poursuivre son chemin et descendre dans une bronche (le plus souvent au niveau du poumon droit). La victime va s'arrêter de tousser et reprendre une respiration normale. Cependant le corps étranger est toujours présent avec comme conséquence une infection pulmonaire à plus ou moins long terme. Son extraction sera indispensable et nécessitera une bronchoscopie.

La gravité du tableau clinique sera directement fonction de l'importance de l'obstruction : totale ou partielle.

OBSTRUCTION TOTALE

Lors d'une obstruction totale, la victime porte brutalement les mains à son cou. Elle ne peut **ni parler, ni crier (aucun son n'est audible) ni tousser, ni respirer**. Elle fait des efforts désespérés pour avaler de l'air, la bouche ouverte, et s'agite. Si aucun geste de secours efficace n'est prodigué elle se cyanose (son visage devient violacé, les veines du cou se dilatent) et elle perd connaissance.

Dans une obstruction totale, le corps étranger est très souvent bloqué dans le carrefour pharyngolaryngé.

C'est une urgence.

Dans tous les cas, il convient de vérifier la cavité buccale, afin d'ôter tout corps étranger **facilement** accessible.

Le choix des techniques de désobstruction se fait selon certains critères ; on pourra distinguer :

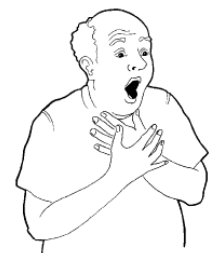
obstruction totale chez un adulte en position debout ou assise.

obstruction totale chez une personne alitée et peu mobile.

obstruction totale chez une femme enceinte (3em trimestre) ou un adulte obèse.

obstruction totale chez un nourrisson (enfant de moins de 1 an).

obstruction totale chez un enfant de plus de 1 an et moins de 7 ans.



OBSTRUCTION PARTIELLE

Une quantité d'air, plus ou moins substantielle, parvient à passer, mais la victime éprouve des difficultés à respirer. Elle peut parler et tousser avec vigueur pour libérer les voies aériennes. La respiration est en général bruyante avec un sifflement audible lors de chaque inspiration.

Une obstruction partielle peut parfois se manifester que par une toux intense.

En présence d'une victime présentant une obstruction partielle il est impératif de ne pratiquer **aucune manœuvre**.

Obstruction totale chez un adulte conscient - ne respire pas, ne tousse pas, ne parle pas.

Victime debout ou assise. Technique standard

- Je la laisse dans la position où elle se trouve.
- Si le corps étranger est visible et **facilement** accessible, j'essaie de l'extraire.
- Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.
- Si échec de la manoeuvre, je fais des compressions abdominales (manoeuvre de Heimlich).

En cas d'inefficacité, je donne à nouveau 5 claques dans le dos puis je réalise 5 compressions abdominales, et je recommence ce cycle jusqu'à ce que la désobstruction soit obtenue. Si ces manoeuvres sont sans effet et que la victime perd connaissance, je l'accompagne au sol pour éviter un traumatisme et je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.

L'efficacité des manoeuvres est jugée sur :

- l'expulsion du corps étranger (je l'enlève rapidement de la bouche).
- l'apparition d'une toux (si le corps étranger est facilement accessible je l'extirpe avec les doigts sinon je ne fais rien, j'encourage la victime à tousser et je surveille la respiration).
- la reprise de la respiration (j'installe la victime dans la position où elle se sent le mieux, je desserre ses vêtements si besoin pour l'aider à respirer, je surveille sa respiration).

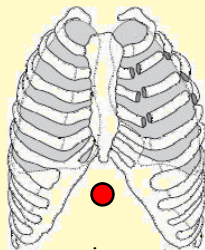


Très vite, je descends mon index le long de la joue dans la gorge. Je saisis le corps étranger par la pince pouce-index ou je l'expulse vers l'extérieur avec l'extrémité de l'index replié en crochet. Attention à ne pas le pousser plus en avant dans les voies aériennes.

- je me place sur le côté, légèrement en arrière de la victime ;
- je mets une main sur sa poitrine et penche son tronc en avant ;
- avec le plat de l'autre main, je lui donne 5 fortes claques dans le dos entre les omoplates pour provoquer une toux et débloquent le corps étranger ; j'interromps les claques dès que la désobstruction est obtenue.

je me place derrière le dos de la victime et je passe mes bras en regard de la partie supérieure de son ventre.

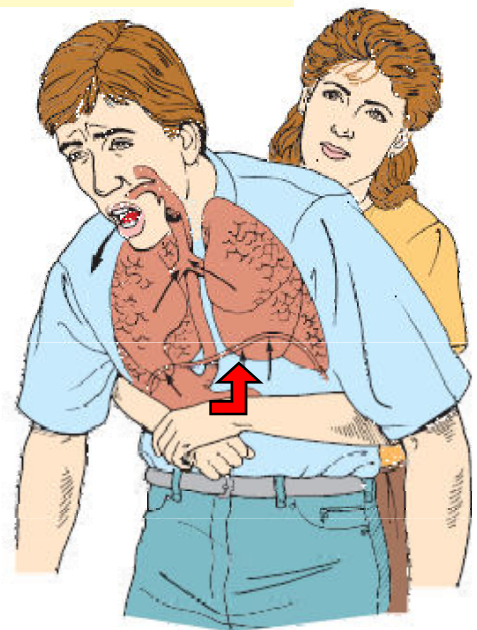
je place le poing d'une main dans le creux de l'estomac, en dessous du sternum ; poing horizontal, partie supérieure tournée vers le haut.



je place mon autre main sur la première, en prenant garde à ne pas appuyer sur les côtes avec mes avant-bras ;

j'applique une rapide et **très vigoureuse** pression en arrière et vers le haut.

si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.



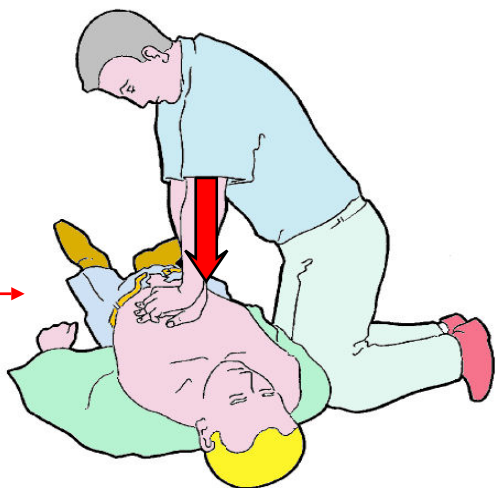
Dans le cas d'une femme enceinte ou d'une personne obèse, je ne fais pas de compressions abdominales mais des compressions thoraciques

Obstruction totale chez une personne alitée et peu mobile.

Les séquences sont identiques si ce n'est que les compressions abdominales sont remplacées par des compressions thoraciques. Chez une personne couchée, des compressions abdominales sont susceptibles de provoquer des vomissements à l'origine d'inhalation. Pour appliquer des compressions thoraciques efficaces, il est nécessaire de mettre la victime en position allongée sur le dos et sur un plan dur (sol ou interposer un plan dur entre le dos de la victime et le matelas).

- si le corps étranger est visible et **facilement** accessible, j'essaye de l'extraire.
- si c'est impossible, je tourne la victime sur le côté et lui donne 5 claques dans le dos entre les omoplates pour tenter de débloquer le corps étranger.
- si échec de la manoeuvre, je fais cinq compressions thoraciques.

En cas d'inefficacité, je donne à nouveau 5 claques dans le dos puis je réalise 5 compressions thoraciques, et je recommence ce cycle jusqu'à ce que la désobstruction soit obtenue. Si ces manoeuvres sont sans effet et que la victime perd connaissance, je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.



Je me place à genoux sur le côté de la victime.

Je place mes mains l'une sur l'autre, au milieu du thorax entre les deux seins.

Tout en gardant les bras bien tendus, j'appuie de tout mon poids pour déprimer la cage thoracique de 3 à 4 cm.

Je relâche bien entre chaque compression.

La technique des compressions thoraciques est semblable à celle du massage cardiaque. Cependant, les compressions doivent être plus puissantes et délivrées à un rythme moins rapide (1 compression toutes les 3 secondes)

Obstruction totale chez une femme enceinte, un adulte obèse. (assis ou debout)

Les séquences sont identiques à la technique standard si ce n'est que les compressions abdominales sont remplacées par des compressions thoraciques délivrés sur la victime en position debout ou assise. La technique de Heimlich est en effet difficile à réaliser chez une personne obèse ; elle est contre-indiquée au 3^{em} trimestre de la grossesse.

- Je la laisse dans la position où elle se trouve.
 - Si le corps étranger est visible et **facilement** accessible, j'essaye de l'extraire.
 - Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.
- Si échec de la manoeuvre, je fais des compressions thoraciques.

En cas d'inefficacité, je donne à nouveau 5 claques dans le dos puis je réalise 5 compressions abdominales, et je recommence ce cycle jusqu'à ce que la désobstruction soit obtenue. Si ces manoeuvres sont sans effet et que la victime perd connaissance, je l'accompagne au sol pour éviter un traumatisme et je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.



Je me place derrière la victime, contre son dos.

Je passe mes bras sous ses aisselles et j'encerle son thorax.

Je mets un poing au milieu du sternum et je place mon autre main sur la première.

Je tire d'un coup sec en arrière pour exercer une forte pression.

Si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.

OBSTRUCTION TOTALE CHEZ UN NOURRISSON - enfant de moins de 1 an

Chez un nourrisson âgé de moins de 1 an, le recours aux compressions abdominales est à exclure, en raison d'un risque traumatique trop élevé, en particulier au niveau de la rate et du foie.

- Si le corps étranger est visible et facilement accessible, j'essaye de l'extraire.
- Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.

je mets le bébé à califourchon sur mon avant bras en soutenant sa tête avec ma main.

assis ou un genou à terre, je couche le bébé à plat ventre sur ma cuisse de façon à ce que sa tête soit plus basse que son thorax (ceci facilite l'expulsion du corps étranger et l'empêche de retomber dans les bronches) et je maintiens sa tête avec ma main, paume ouverte, sans appuyer sur la gorge.

je donne 5 claques vives et sèches dans le dos, entre les 2 omoplates avec la paume de mon autre main.



- si le corps étranger est expulsé, je l'enlève rapidement de la bouche.
- si le corps étranger reste coincé mais que le nourrisson respire, je maintiens la position dans laquelle il se trouve. Je ne fais rien d'autre et je surveille sa respiration.
- si le nourrisson ne respire toujours pas je fais 5 compressions thoraciques.



Je retourne le bébé et le mets dos contre ma cuisse, sa tête penchée vers le bas et soutenue par ma main.

Je pose l'index et le majeur sur le sternum, un peu au-dessous de la ligne mamelonnaire, et j'appuie d'un coup sec.

Je réalise la manoeuvre 5 fois de suite.

- si le corps étranger est expulsé, je l'enlève rapidement de la bouche.
- si le corps étranger reste coincé mais que le nourrisson respire, je maintiens la position dans laquelle il se trouve. Je ne fais rien d'autre et je surveille sa respiration.
- si le nourrisson ne respire toujours pas, je répète le cycle de 5 claques dans le dos et de 5 compressions thoraciques jusqu'à obtenir une désobstruction des voies aériennes. Si le nourrisson devient inconscient, je commence une réanimation cardio-pulmonaire (fiches PS9-PS10-PS11).



Une consultation médicale sera systématiquement demandée.

OBSTRUCTION TOTALE CHEZ UN ENFANT de plus de 1 an et moins de 7 ans.

Les claques dans le dos, comme chez l'adulte, sont à donner en première intention. Si cela est possible on essaiera de basculer l'enfant sur sa cuisse afin de bien le pencher en avant. En cas d'échec, la méthode des compressions thoraciques est à utiliser en deuxième intention. En cas d'échec, la méthode des compressions abdominales est un recours, mais elles seront appliquées sur une victime allongée sur le dos et non debout comme chez l'adulte.

- Si le corps étranger est visible et facilement accessible, j'essaie de l'extraire.
- Si je n'y parviens pas, je lui donne 5 claques vigoureuses dans le dos.
- Si échec de la manoeuvre, je fais des compressions thoraciques.
- En cas d'inefficacité je pratique 5 compressions abdominales.

En cas d'échec, les tentatives d'expulsion du corps étranger sont à poursuivre en alternant les 3 méthodes (claques dorsales, compressions thoraciques, compressions abdominales). Si ces manoeuvres sont sans effet et que l'enfant perd connaissance, je commence sans attendre une réanimation cardiopulmonaire (cycle de 30 compressions thoraciques et 2 insufflations). Je vérifie si le corps étranger a été expulsé dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions et le retire s'il est accessible.

L'efficacité des manoeuvres est jugée sur :

- l'expulsion du corps étranger (je l'enlève rapidement de la bouche).
- l'apparition d'une toux (si le corps étranger est facilement accessible je l'extirpe avec les doigts sinon je ne fais rien, j'encourage l'enfant à tousser et je surveille la respiration).
- la reprise de la respiration (j'installe la l'enfant dans la position où il se sent le mieux, je desserre ses vêtements si besoin pour l'aider à respirer, je surveille sa respiration).

Je m'assois.

Je bascule l'enfant sur ma cuisse, la tête vers le bas.

Je donne une série de 5 claques vigoureuses dans le dos entre les omoplates avec le talon de ma main ouverte.

Si cette technique n'est pas réalisable je fais comme pour l'adulte. (voir technique standard)

J'allonge l'enfant sur le dos sur un plan dur.

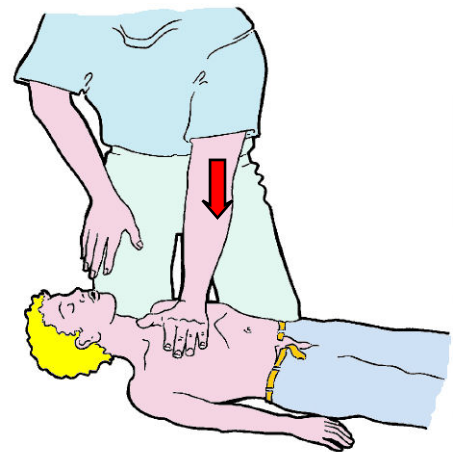
Je me place au-dessus de l'enfant, le bras à la verticale de sa poitrine.

Je pose le talon d'une main au centre de la poitrine, sur la ligne médiane, sur la moitié inférieure du sternum. Je relève les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes.

Tout en gardant le bras bien tendu, j'appuie vigoureusement pour déprimer la cage thoracique de 3 à 4 cm.

Je relâche bien et laisse le thorax reprendre sa forme, sans décoller ma main.

Si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.



Je me mets à genoux à côté de l'enfant ou à califourchon sur ses jambes.

Je place le talon d'une main dans le creux de l'estomac, en dessous du sternum.

Je place mon autre main sur la première.

J'appuie d'un coup sec pour repousser le ventre vers le haut.

Si le corps étranger n'est pas délogé, je refais la manoeuvre jusqu'à cinq fois.

OBSTRUCTION PARTIELLE - la victime peut parler, tousser, respirer.

Lorsque l'obstruction des voies aériennes supérieures est partielle, toute manoeuvre est à proscrire. Elle risque en effet d'aggraver la situation et est susceptible d'entraîner une obstruction complète. Dans la plupart des cas, la victime en toussant est capable d'expulser elle-même le corps étranger. La puissance de la toux est supérieure à celle d'une manoeuvre externe.

- J'installe la victime dans la position où elle se sent le mieux, généralement assise.
- Je ne tente aucune manoeuvre. Pas de claques dans le dos, pas de suspension par les pieds pour un enfant, je ne donne pas à boire...
- J'encourage la victime à tousser.
- Je demande un avis médical.
- Je surveille la respiration. Si la victime soudainement ne peut plus respirer, ni parler, ni tousser, je pratique les manoeuvres de désobstruction.

Après un étouffement grave, même si la situation clinique est revenue à la normale, il est nécessaire de consulter un médecin afin de vérifier l'absence d'une éventuelle complication.



• Devant une plaie qui saigne abondamment, l'urgence absolue est de stopper au plus vite le saignement, sa prolongation pouvant menacer à très court terme la vie de la victime.

• Une compression locale, appliquée directement au niveau de la plaie, suffit généralement pour arrêter la plupart des saignements. Cependant cette technique ne doit pas être utilisée si un corps étranger est présent dans la plaie ou s'il existe une fracture ouverte. Dans de tels cas, il sera nécessaire de réaliser une compression à distance de la blessure.

• Depuis avril 2008, tout navire de plaisance effectuant une navigation au-delà de 6 milles d'un abri, doit être doté d'une trousse de secours réglementaire comportant en particulier un coussin hémostatique de première urgence.



Ne jamais retirer d'une plaie un corps étranger (comme un couteau, un morceau de verre...) au risque d'aggraver une lésion et de majorer un saignement.

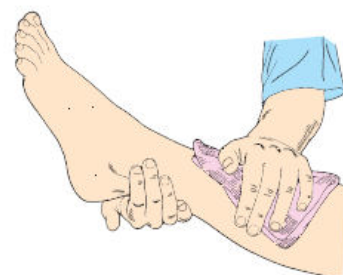


Je dispose d'un coussin hémostatique.

- Afin de diminuer la pression sanguine au niveau de la blessure, j'installe la victime :
 - pour une plaie à la tête : position assise.
 - pour une plaie du membre supérieur (main, avant-bras, bras) : position allongée en surélevant le membre.
 - pour une plaie du membre inférieur (pied, jambe, cuisse) : position allongée avec les jambes relevées.
- Je mets en place le coussin hémostatique pour exercer une pression directement sur la blessure. Je ne l'utilise pas si un corps étranger est présent dans la plaie ou s'il existe une fracture ouverte.

Je dispose de compresses, de pansements américains et d'une bande de contention.

- Afin de diminuer la pression sanguine au niveau de la blessure, j'installe rapidement la victime :
 - pour une plaie à la tête : position assise.
 - pour une plaie du membre supérieur (main, avant-bras, bras) : position allongée en surélevant le membre.
 - pour une plaie du membre inférieur (pied, jambe, cuisse) : position allongée avec les jambes relevées.
- Je recouvre la plaie de compresses ou d'un pansement américain et j'appuie dessus de manière ferme et uniforme.
- Si le sang les traverse, je ne les retire pas, mais je les recouvre d'un nouveau pansement ou de nouvelles compresses et je maintiens la pression. (celle-ci peut durer plusieurs minutes (5 à 10 minutes) le temps que le sang coagule).
- Une fois le saignement interrompu, je maintiens le pansement (ne pas le retirer pour voir la blessure) au moyen d'une bande cohésive, en la tendant pour réaliser une compression (la bande ne doit pas être tendue exagérément, juste suffisamment pour arrêter le saignement).
- Si des fourmillements, un refroidissement, un bleuissement ou un gonflement de l'extrémité du membre (orteils-doigts) apparaissent, c'est que la bande est trop serrée (effet garrot). Dans ce cas, je desserre le bandage.



Je ne dispose d'aucun matériel spécifique.

- Afin de diminuer la pression sanguine au niveau de la blessure, j'installe la victime :
 - pour une plaie à la tête : position assise.
 - pour une plaie du membre supérieur (main, avant-bras, bras) : position allongée en surélevant le membre.
 - pour une plaie du membre inférieur (pied, jambe, cuisse) : position allongée avec les jambes relevées.
- J'exerce une pression sur la plaie directement avec les doigts ou la paume de la main en interposant une épaisseur de tissu propre (mouchoir, vêtement, serviette...) recouvrant complètement la plaie. A défaut de tissu, j'appuie directement avec ma main (si possible, je la protège dans un sac plastique) et ce pendant plusieurs minutes, jusqu'à la formation d'un caillot.

Malgré la compression locale, le saignement reste abondant.

Si le saignement persiste, il est nécessaire d'appliquer une compression directement sur l'artère principale en un point où elle est à la fois accessible, suffisamment près de la surface de la peau, et où il est possible de l'écraser contre le plan osseux sous-jacent. Le but d'un point de compression est de diminuer l'afflux de sang vers la blessure. Ce point se situe en amont de la lésion, entre la plaie et le cœur.

Où comprimer ?

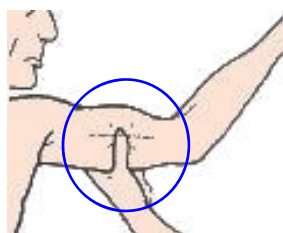
- pour un saignement du membre supérieur : compression de l'artère humérale au bras.
- pour un saignement du membre inférieur : artère fémorale à la racine de la cuisse.
- pour un saignement au niveau de la tête ou du cou : compression de la carotide au cou.

Il existe d'autres points de compression. Pour une étude plus détaillée de l'utilisation des points de compression, voir la fiche **PS18**.

Les points de compression sont réalisés sur une victime allongée.

Technique

Compression de l'artère humérale: saignement du membre supérieur.

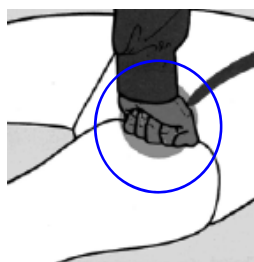


La main ouverte en pince, j'empaume par dessous le bras de la victime à mi-distance du coude et de l'aisselle.

Je place mon pouce entre les deux masses musculaires.

J'appuie fortement avec la pince sur la partie interne du creux du biceps pour comprimer l'artère humérale.

Compression de l'artère fémorale : saignement du membre inférieur.



Je repère le pli de l'aîne (pli de flexion de la cuisse sur l'abdomen).

Je place un poing fermé, au milieu du pli de l'aîne.

J'appuie fortement, le bras tendu à la verticale, avec le poids du corps pour comprimer l'artère fémorale.

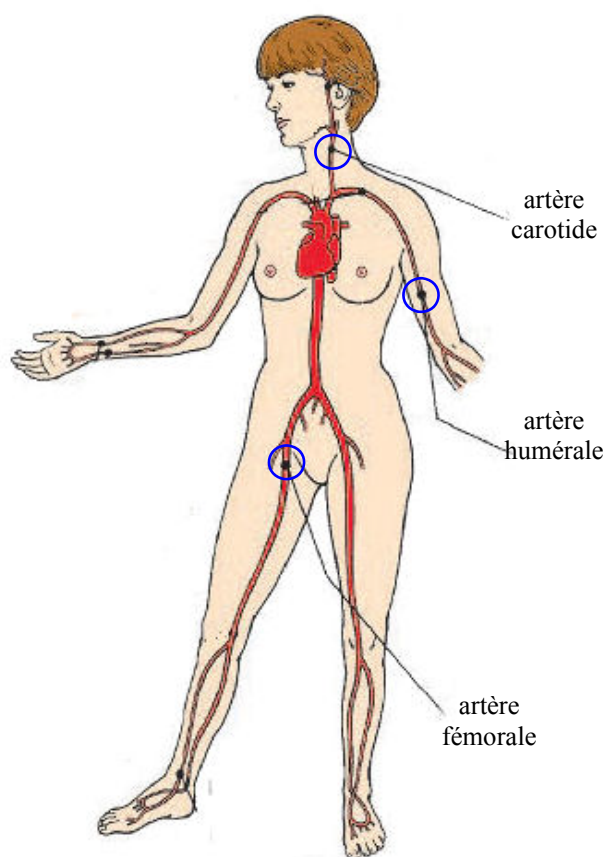
Compression de l'artère carotide : saignement du cou, de la tête.



Je me positionne sur le côté au niveau du cou.

La paume de la main ouverte, je prends appui avec les 4 derniers doigts sur la partie postérieure du cou.

Avec la pulpe du pouce, j'appuie fortement en regard de l'artère carotide sans écraser la trachée.



Si le saignement diminue, tout en maintenant le point de compression, je renforce la compression locale en regard de la plaie. Après quelques minutes, une fois le saignement arrêté, je lève le point de compression au niveau de l'artère et vérifie que le saignement ne reprend pas.

En cas de reprise du saignement, je réalise à nouveau un point de compression artérielle pendant plusieurs minutes.

Malgré le point de compression artérielle le saignement persiste.

Si malgré toutes les manoeuvres précédentes le saignement ne diminue pas, il est nécessaire de poser un garrot.

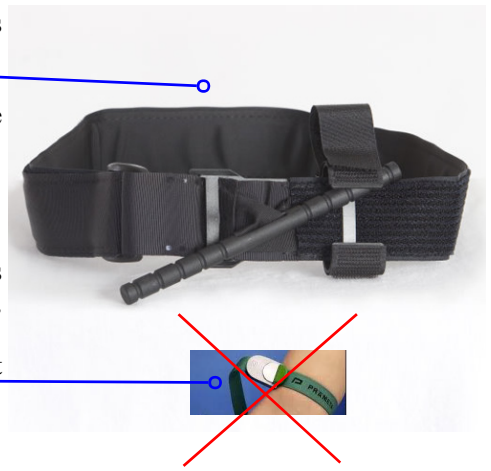
La pose d'un garrot permet d'interrompre la circulation du sang en aval. C'est un geste qui ne doit être réalisé **qu'en dernière extrémité et si possible après un avis médical**.

L'idéal est de disposer d'un dispositif spécialisé comme un de ceux utilisés par les militaires (garrot SOFTT, CAT...).

Ces matériels sont efficaces, rapidement opérationnels, et peuvent être mis en place par la victime elle-même sans l'aide d'une tierce personne.

En l'absence de matériel spécifique, il est recommandé d'utiliser :

- un lien suffisamment large (2 cm au moins) afin de ne pas traumatiser les chairs et de ne pas cisailer la peau (écharpe, sangle, manche de vêtement, foulard, bande...)
- un lien non élastique afin d'être efficace à la fois sur le plan artériel et veineux. Les garrots utilisés pour une prise de sang ne sont pas efficaces.



Le garrot est posé :

- au membre supérieur : sur le bras, entre la plaie et l'aisselle.
- au membre inférieur : sur la cuisse, entre la plaie et l'aîne.

Technique : pose d'un garrot

Matériel : un lien suffisamment large, une tige solide qui me permettra de serrer le garrot (tige de bois, de métal, tournevis cuillère...) et un second lien pour bloquer la tige.

Je laisse en place le ou les pansements compressifs posés sur la plaie.

Je repère la zone où je vais poser le garrot, soit **un travers de main au-dessus** de la plaie.

Je fais deux tours autour du membre avec le premier lien en veillant à ce qu'il soit bien tendu et je bloque le tout avec un noeud.

Je pose la tige sur le noeud et la fixe en réalisant un nouveau noeud.

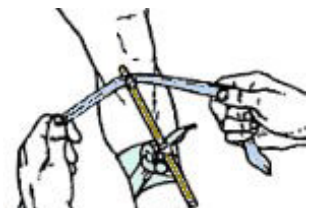
Je fais encore un noeud pour bien fixer l'ensemble.

Je tourne la tige (sens horaire ou anti-horaire) pour serrer le garrot autour du membre.

Je serre le garrot suffisamment mais pas trop. J'arrête de serrer dès que saignement au niveau du pansement compressif s'est interrompu.



Je fixe la tige avec le second lien afin que le garrot ne se desserre pas.



Je vérifie que le dispositif est bien stable et que le saignement n'a pas repris.

Je note l'heure de la pose du garrot. Si je dispose d'un marqueur, je l'inscris directement sur la peau de la victime.

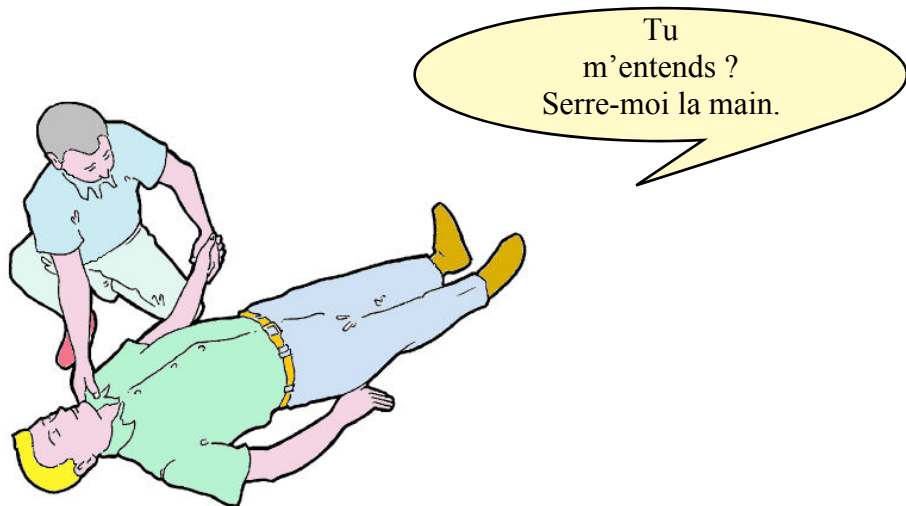
Je surveille régulièrement la victime.

Je ne desserre pas le garrot sauf à la demande du médecin contacté.

Une perte de conscience peut avoir de multiples origines : un traumatisme crânien suite à un choc avec la bôme, une pathologie médicale (malaise cardiaque, crise d'épilepsie...), une inhalation de vapeurs toxiques...
Devant une victime inconsciente, il faut immédiatement s'assurer qu'elle respire, la protéger et prévenir les secours.

J'évalue l'état de conscience de la victime en quelques secondes. Pour cela :

- Je lui pose une question :
 - Tu m'entends ? Que s'est-il passé ?
- Je donne un ordre simple :
 - Serre moi la main , ouvre les yeux.
- Je la secoue doucement au niveau d'une épaule.



La victime réagit.

Si la victime répond ou réagit, il y a conscience.
Je l'installe dans un lieu sûr, j'évalue régulièrement l'état de sa conscience en lui posant des questions.
Je commence l'enquête sur les causes de cette perte de connaissance.

La victime ne réagit pas.

Si la victime n'a aucune réaction, il y a inconscience.
J'assure immédiatement la liberté des voies aériennes (fiche PS5) et j'évalue la respiration. (fiche PS6)

Pour une évaluation plus précise de l'état de conscience, voir la fiche PS14 - Évaluation des fonctions vitales.

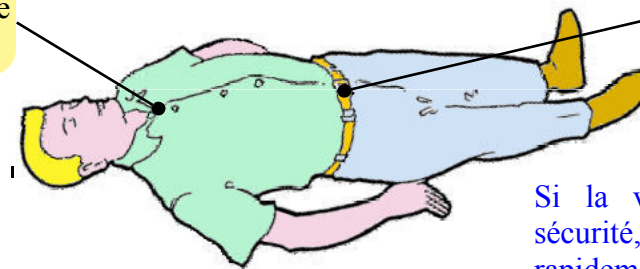
La respiration n'est possible que si aucun obstacle n'entrave le passage de l'air. La libération des voies aériennes est la première mesure à appliquer chez une victime inconsciente. Il est en effet indispensable d'assurer au plus vite le passage de l'air dans la gorge.

LES GESTES

Très vite :

- Je desserre ou dégrafe autour du cou et du ventre tout ce qui pourrait gêner la respiration (col de chemise, boucle de ceinture, bouton du pantalon...). Je déchire ou découpe au besoin.

Je déboutonne le col de chemise.

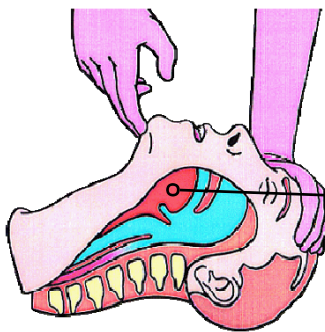


Je desserre la ceinture.

Si la victime porte son harnais de sécurité, je le laisse en place. Je vérifie rapidement qu'il ne gêne pas la respiration. Au besoin, je le desserre.

- Je bascule la tête de la victime en arrière et j'élève son menton :

Pour cela, je pose une main à plat sur le front et j'incline la tête en arrière pendant que mon autre main tire le menton vers le haut.



Cette technique permet d'éviter l'obstruction des voies aériennes par la chute de la langue dans l'arrière-gorge, évitant ainsi au sujet de s'étouffer.

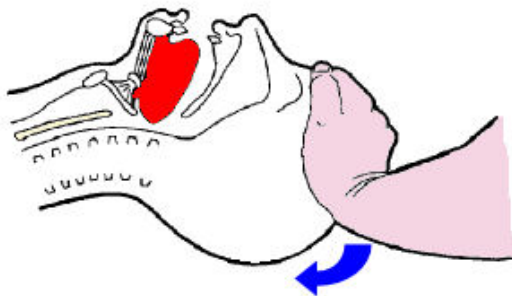


Puis j'apprécie la respiration (fiche PS6)

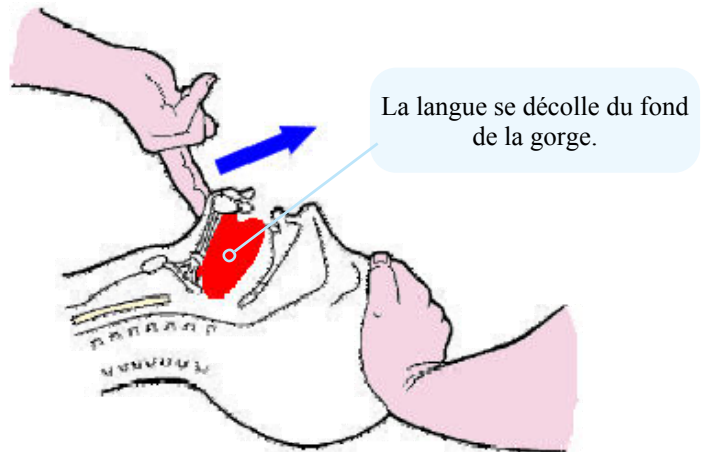
Particularités chez le nourrisson :

- J'amène doucement la tête du bébé dans l'alignement du torse.
- Je place la tête du nourrisson dans une position neutre ; j'évite de basculer sa tête.
- J'élève son menton.

Bascule de la tête de la victime en arrière et élévation de son menton.

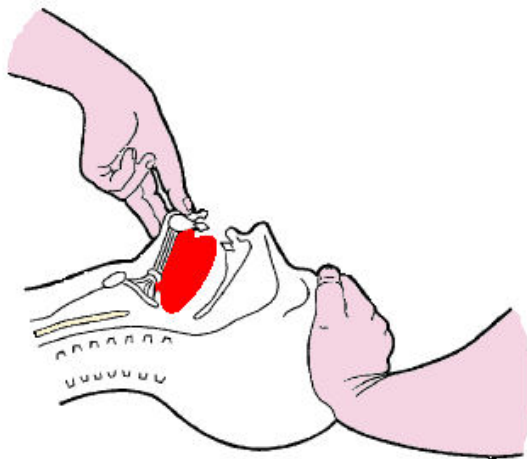


Je place la paume d'une main sur le front.
J'appuie vers le bas et incline la tête en arrière.

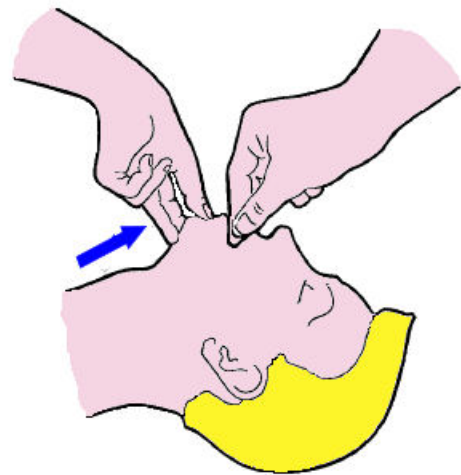


Je place 2 ou 3 doigts de l'autre main sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle du menton pour l'élever et le faire avancer.

Ouvrir la bouche et retirer un corps étranger à l'aide des doigts.



J'ouvre la bouche avec la main qui tient le menton.



Je retire les corps étrangers visibles à l'intérieur de la bouche avec la main qui était sur le front, y compris les prothèses dentaires décrochées sans toucher à celles qui sont restées en place.

LA VICTIME RESPIRE-T-ELLE ?

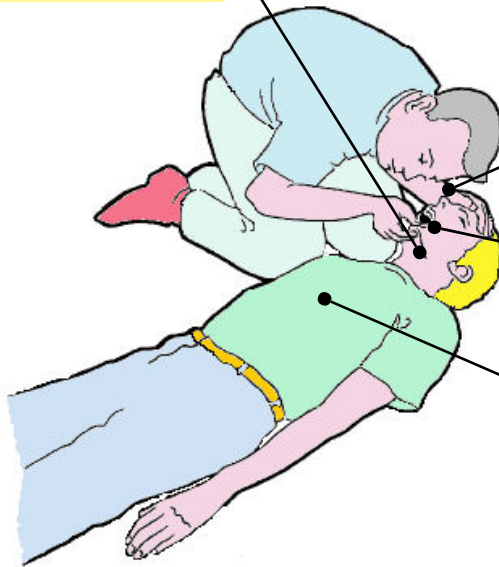
Il est aisé de répondre par l'affirmative si le ventre et la poitrine de la victime se soulèvent. Parfois cependant, ces mouvements sont difficiles à appréhender et il convient de recourir à d'autres méthodes d'appréciation, comme :

- approcher son oreille pour écouter les bruits de la respiration (sifflements, chuintements, râles, gargouillements...).
- approcher sa joue ou le dos de sa main très près de la bouche et du nez de la victime pour percevoir l'air expiré.

La recherche d'une respiration ne doit pas excéder dix secondes.

Je maintiens le menton en position élevée.

J'écoute les bruits de la respiration.



Je recherche le flux d'air expiré par le nez et la bouche.

Je regarde si le ventre et la poitrine se soulèvent régulièrement.



Une souffrance cérébrale par manque d'oxygène peut provoquer des mouvements respiratoires qui ne doivent pas être assimilés à une respiration. Ces mouvements agoniques, dénommés **gasp**s, peuvent survenir dans les premières minutes d'un arrêt cardiaque. Ce sont des mouvements respiratoires très lents (comme une sorte de bâillement), **bruyants, irréguliers et inefficaces**. La présence de gasps impose de débiter aussitôt la réanimation cardio-pulmonaire.

Retenir qu'une respiration efficace est une respiration régulière.

La victime respire

J'installe la victime en position latérale de sécurité. (fiche **PS7**)

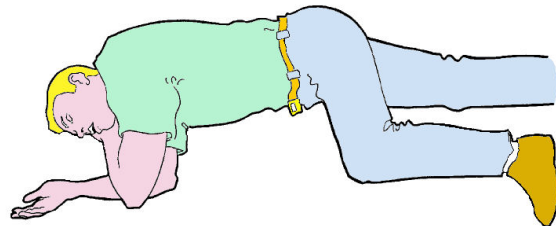
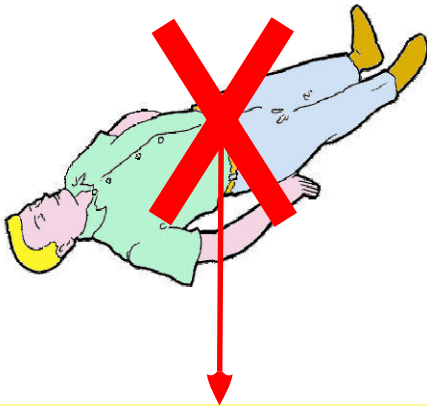
La victime ne respire pas ou présence de gasps

Il convient d'adopter la conduite à tenir face à un arrêt cardiaque. (fiche **PS8**)

Toute victime inconsciente, mais qui respire spontanément doit impérativement être placée dans cette position. Ne jamais laisser sur le dos une personne inconsciente qui respire.

Chez un sujet inconscient, l'abolition de certains réflexes siégeant au niveau des voies aériennes supérieures (réflexes de déglutition, de toux) expose la victime à un risque d'inhalation de liquides provenant de la bouche (salive - sang) ou de l'estomac (liquide gastrique). De même, la diminution de la tonicité musculaire peut entraîner une chute de la langue en arrière avec un risque d'obstruction des voies respiratoires.

Le but de la P.L.S. est d'assurer la liberté des voies respiratoires en empêchant l'obstruction du larynx par une chute en arrière de la langue et d'éviter l'inhalation d'éventuels vomissements ou saignements en leur permettant de s'écouler sur le côté.

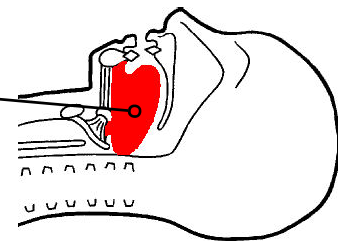


P.L.S.

Risque d'obstruction des voies respiratoires par la chute de la langue en arrière.

Risque d'encombrement des voies aériennes par l'écoulement dans les voies respiratoires et les poumons des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) entraînant des lésions aux poumons.

Cette situation peut évoluer vers l'arrêt respiratoire et circulatoire.



Dois-je déplacer la victime avant de la mettre en P.L.S. ?

Dans tous les cas, j'évalue l'intérêt de la déplacer face au risque d'aggravation d'une éventuelle lésion, particulièrement en cas de suspicion d'une lésion de la colonne vertébrale. (fiche AC5)

La victime est sur le pont.

Il est préférable de la déplacer car :

- les conditions météorologiques sont mauvaises (pluie, vent, froid, embruns).
- les mouvements du bateau sont importants (roulis, tangage...) et elle risque de passer par dessus bord.
- je ne pourrai pas la surveiller là où elle se trouve.
- il fait nuit ou la nuit tombe.
- les secours ne pourront pas intervenir rapidement.

Je la déplace vers le cockpit ou à l'intérieur du bateau en faisant attention à la technique employée si je suspecte une lésion de la colonne vertébrale (fiche PS1).

La victime est à l'intérieur.

Je dois la déplacer car :

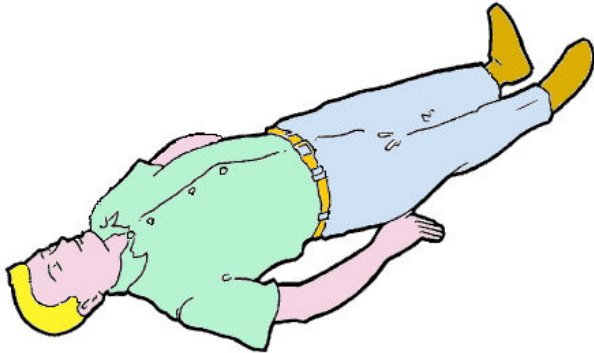
- il n'y a pas suffisamment d'espace pour la mettre en P.L.S.
- je ne pourrai pas me mouvoir autour pour la surveiller et la soigner. (il est nécessaire de disposer d'un mètre autour de la victime)
- là où elle se trouve, elle risque de chuter avec les mouvements du bateau.

Je l'installe, si cela est possible, sur la partie la plus stable et la plus accessible du bateau: le plancher du carré.

POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ : TECHNIQUE

Je retire les lunettes de la victime si elle en porte.

Si la victime se trouve à l'extérieur, afin de la protéger du froid et de l'humidité du pont, je dispose une couverture (ou tout autre textile isolant) à côté d'elle, du côté où je vais la faire basculer, afin qu'elle se retrouve sur cette dernière à la fin de la manoeuvre.

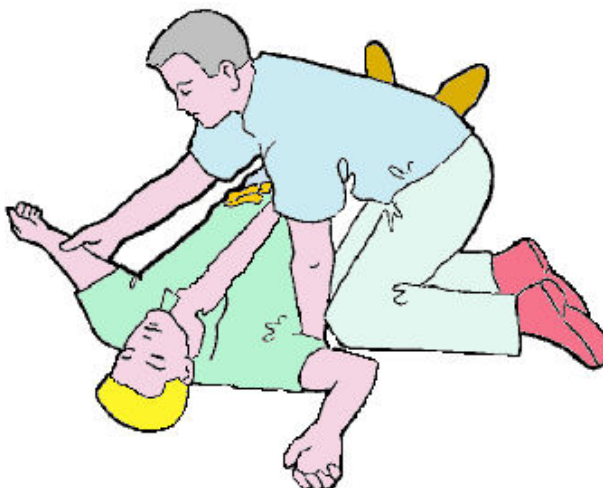


Je place les deux membres inférieurs de la victime côte à côte dans l'axe du corps.

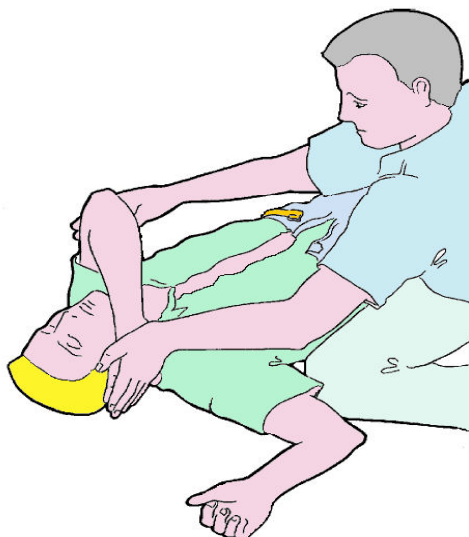


Je m'agenouille au niveau de la taille de la victime du côté où je vais la faire basculer.

Je place le bras le plus proche de moi à la perpendiculaire du thorax puis je plie le coude, la paume de la main tournée vers le haut.

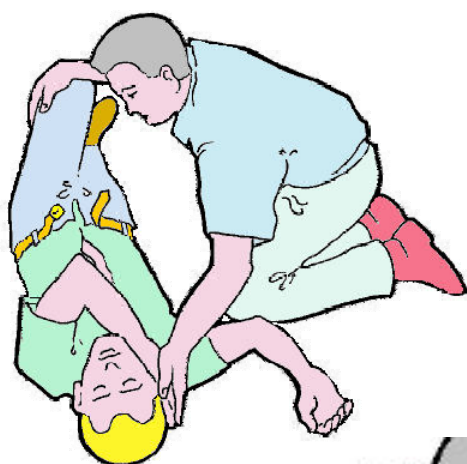


Je saisis la main opposée de la victime.

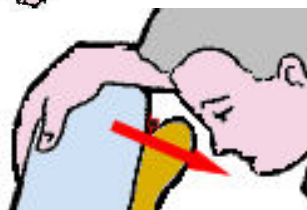


J'amène le dos de cette main contre l'oreille située de mon côté.

Le maintien de la main de la victime contre son oreille permet d'accompagner le mouvement de la tête et de diminuer la flexion de la colonne cervicale qui pourrait aggraver un traumatisme éventuel.



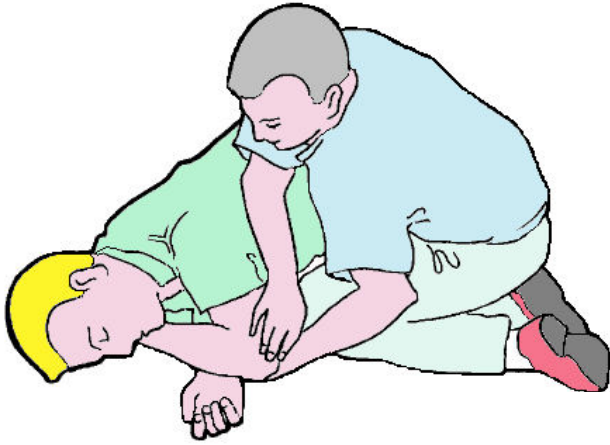
Tout en maintenant la main de la victime contre son oreille, je saisis de l'autre main la jambe la plus éloignée de moi derrière le genou et je la replie légèrement en veillant à laisser le pied reposer sur le sol.



Je fais rouler doucement la victime vers moi en tirant sur sa jambe jusqu'à ce que le genou touche le sol. Je veille à maintenir la main de la victime contre son oreille pendant le basculement.

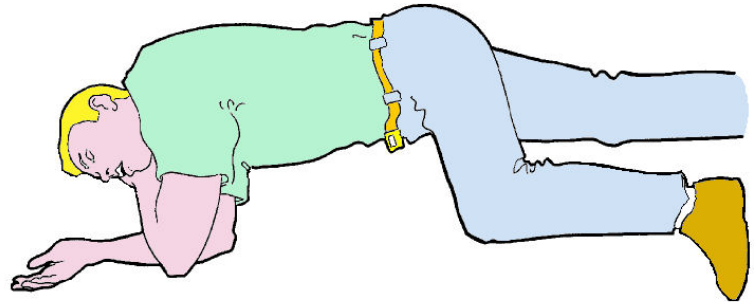


Si les épaules de la victime ne suivent pas suffisamment le mouvement de rotation, je m'aide de la main qui a amorcé le mouvement au niveau du genou pour faciliter le basculement des épaules.



Pour un meilleur calage, je saisis le pied qui se trouve en appui contre le genou et j'ajuste la jambe pliée de sorte que la cuisse soit à angle droit du corps.

Je retire ma main sous la tête de la victime tout en maintenant de mon autre main le coude de la victime afin de ne pas faire bouger sa tête.



J'ouvre la bouche de la victime avec le pouce et l'index d'une main (sans mobiliser la tête) et je m'assure qu'elle respire. Il est nécessaire de surveiller la respiration toutes les minutes. Si l'état de la victime s'aggrave et que la respiration s'arrête, je replace immédiatement la victime sur le dos afin de pratiquer les gestes de réanimation.

Remarque sur la PLS en cas de suspicion de lésions du rachis cervical.

La mise en position latérale de sécurité peut présenter un risque chez un blessé de la colonne. Si une atteinte des vertèbres cervicales est suspectée, il est nécessaire au préalable d'immobiliser le cou (fiche AC5)), pour éviter tout risque d'aggravation des lésions lors de la manœuvre de basculement. Cependant, le maintien de la respiration, donc de la vie, prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion neurologique.

Cas particuliers

Si la victime est une femme enceinte, le retournement doit se faire sur le **côté gauche**. Ceci permet de limiter la compression de la veine cave inférieure par le fœtus et de favoriser ainsi le retour du sang veineux au cœur (meilleur remplissage du cœur) et donc du débit cardiaque.

Si la victime est obèse, elle sera mise sur le côté gauche afin d'éviter une compression de la veine cave inférieure par la masse adipeuse et de favoriser, comme précédemment, le débit cardiaque.

Si la victime présente un traumatisme d'un membre (fracture, luxation...), le retournement doit se faire **sur le côté atteint** afin de limiter les mouvements du membre traumatisé lors de la manœuvre.

Si la victime présente un traumatisme du thorax, le retournement doit se faire **sur le côté atteint** afin de favoriser l'ampliation du poumon sain..

Si la victime est un nourrisson, il sera simplement placé sur le côté, dans les bras du sauveteur.

Après la mise en PLS, protéger la victime.

Si la victime se trouve sur le pont, je veille à la protéger du froid et de l'humidité avec des vêtements chauds et imperméables. Je la recouvre avec une couverture de survie, en prenant soin de disposer le côté argenté vers elle. Je la cale avec tout ce dont je peux disposer puis je l'attache, au mieux avec des sangles, afin d'éviter qu'elle passe par dessus bord lors des mouvements du bateau. Si elle porte son harnais, je l'attache à un élément fixe du pont.

Si la victime se trouve à l'intérieur, je la cale au mieux avec les éléments du bord (coussins, sacs...) afin qu'elle reste en position latérale de sécurité malgré les mouvements du bateau.

L'arrêt circulatoire est une urgence absolue, car il produit une interruption de la perfusion des organes et des tissus, entraînant une anoxie cellulaire qui, au niveau du cerveau, peut devenir irréversible en quelques minutes. S'il se prolonge au-delà de 3 à 5 minutes, le cerveau est lésé de manière irréversible, même si l'activité cardiaque reprend. Une réanimation débutée après la quatrième minute a peu de chance de succès sauf circonstances particulières protégeant le cerveau de l'anoxie (sujet en hypothermie, sujet jeune, activité cardiaque résiduelle...)

Le diagnostic doit être posé en quelques secondes et ne doit retarder qu'au minimum la mise en œuvre de la réanimation d'urgence.

L'absence de pouls carotidien ou fémoral est nécessaire et suffisante pour affirmer l'arrêt circulatoire. Cependant, en raison du manque de fiabilité de la recherche d'un pouls fémoral ou carotidien, cette recherche n'est pas indispensable à la mise en œuvre de la réanimation.

Sur le plan pratique, une victime est considérée en arrêt cardiaque lorsqu'elle est

- **inconsciente** ;
- **aréactive** (les membres supérieurs peuvent cependant lors de la première minute se raidir en saccades convulsives et le visage être animé de secousses) ;
- **ne respire pas** (aucun mouvement de la poitrine n'est visible et aucun bruit ou souffle n'est perçu) **ou présente des gasps** (inspirations anarchiques, inefficaces, lentes, bruyantes pouvant se produire après la première minute et jusqu'à la cinquième minute d'un arrêt cardiaque - phase agonique).

De la rapidité et de l'enchaînement de la chaîne de survie dépendent les chances d'obtenir une réanimation efficace. Celle-ci repose sur :

- un appel immédiat du service d'aide d'urgence.
- un début rapide de la réanimation cardio-respiratoire de base ;
- une défibrillation précoce.

Les causes d'arrêt cardio-respiratoire sont multiples. Cependant, 3/4 d'entre elles sont dues à un trouble du rythme cardiaque dénommé fibrillation ventriculaire (contractions anarchiques, non synchrones, des fibres myocardiques des ventricules). Les contractions du cœur sont inefficaces et ne permettent pas d'assurer une circulation. Chaque minute écoulée après le début de la fibrillation ventriculaire diminue d'environ 10 % les chances de ressuscitation, d'où l'importance d'une défibrillation précoce.



La mise à disposition du public de défibrillateurs automatiques externes (D.A.E.), disposés dans de nombreux lieux publics a permis, au cours de ces dernières années, d'augmenter considérablement les chances de survie d'une personne victime d'un arrêt cardiaque. Les recommandations internationales de défibrillation précoce ont fixé comme objectif un délai optimal inférieur à trois minutes pour la délivrance du premier choc.

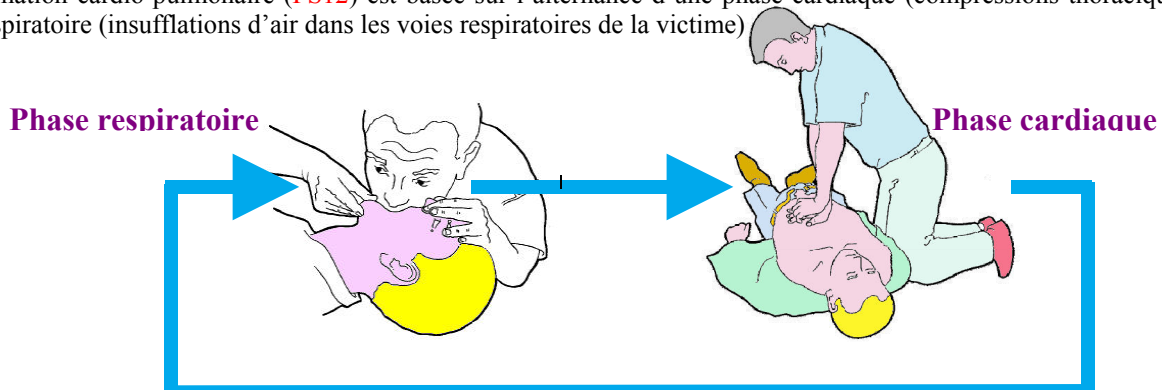
Cependant, il y a peu de chance de trouver un D.A.E. dans la dotation médicale d'un navire de plaisance. Son absence, ajoutée à l'impossibilité pour les secours médicalisés d'intervenir dans un délai très bref, font que le pronostic d'un arrêt cardiaque à bord d'un navire de plaisance en mer, est extrêmement sombre.

Principe de la réanimation cardio-pulmonaire

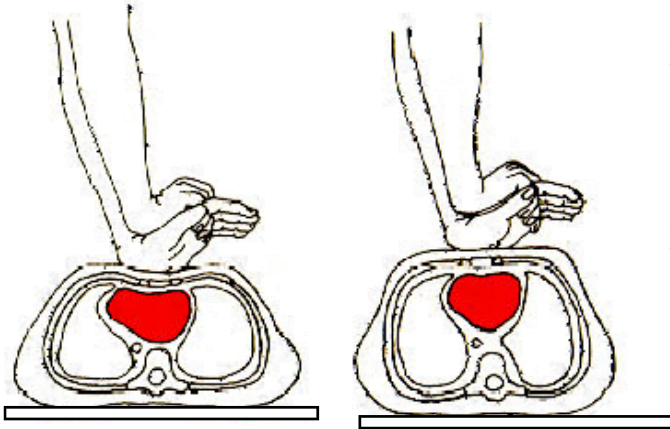
Pour suppléer le cœur et les poumons et permettre au cerveau d'être oxygéné, deux techniques doivent être utilisées :

- le massage cardiaque, qui consiste en une série de compressions thoraciques et dont le but est d'établir une circulation artificielle. (fiche PS9)
- la ventilation artificielle, dont la principale technique sans matériel est le bouche à bouche et dont le but est d'apporter de l'air aux poumons de la victime. (fiche PS10)

La réanimation cardio-pulmonaire (PS12) est basée sur l'alternance d'une phase cardiaque (compressions thoraciques) et d'une phase respiratoire (insufflations d'air dans les voies respiratoires de la victime)



Le massage cardiaque externe (MCE) doit être initié le plus précocement possible en cas d'arrêt cardiaque. C'est une technique de compression active du thorax réalisée sur un patient allongé à plat dos sur un plan dur (le sauveteur appuie avec ses deux mains sur le sternum de la victime - lors de cette phase, on vide le cœur de son contenu sanguin, en le comprimant entre le rachis et le sternum)



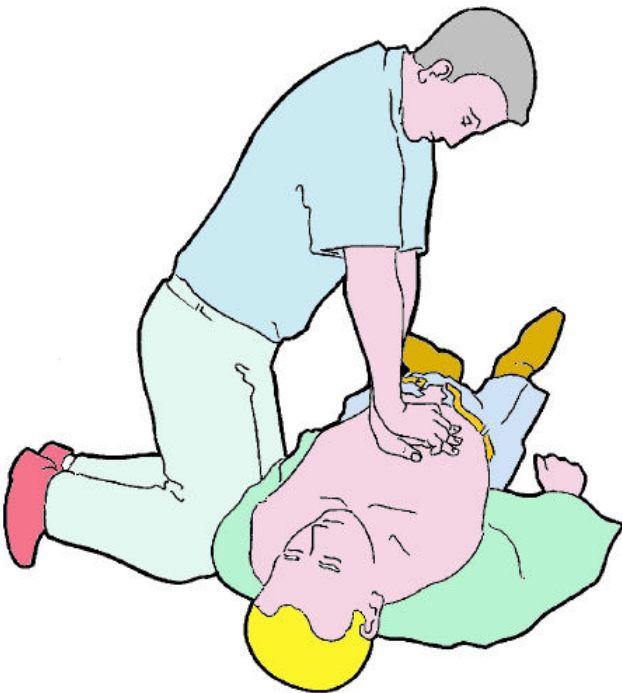
suivie d'un relâchement thoracique passif (le sauveteur relâche la pression de ses mains - lors de cette phase, le cœur se remplit à nouveau du simple fait de la levée de la compression).

L'alternance compression, relâchement thoracique, assure l'expulsion du sang vers la grande circulation.

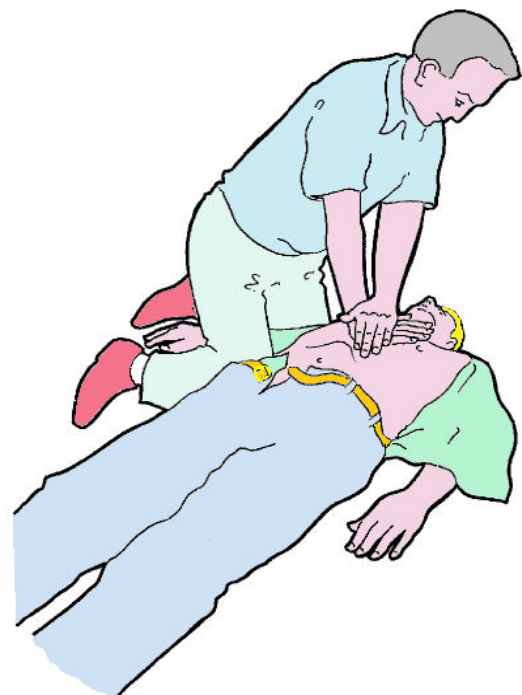
Cette technique, associée à la ventilation artificielle, peut, au mieux, permettre un retour à un état circulatoire normal sinon accorder le délai nécessaire à l'arrivée de l'équipe médicale d'urgence.

TECHNIQUE

- J'allonge la victime sur le dos sur un plan dur. (Il est indispensable que la victime soit placée sur une surface rigide pour que le massage cardiaque soit efficace - un massage cardiaque sur la banquette du carré ou la couchette de cabine ne sert à rien).
- Je me place à genoux à côté de la victime, à la verticale de sa poitrine. (Il est possible aussi de mettre un bras de la victime à la perpendiculaire par rapport au corps et de se placer à cheval sur ce bras, un genou dans le creux de l'aisselle.)
- Très rapidement, dans la mesure du possible, je dénude son thorax afin de repérer la zone à comprimer.

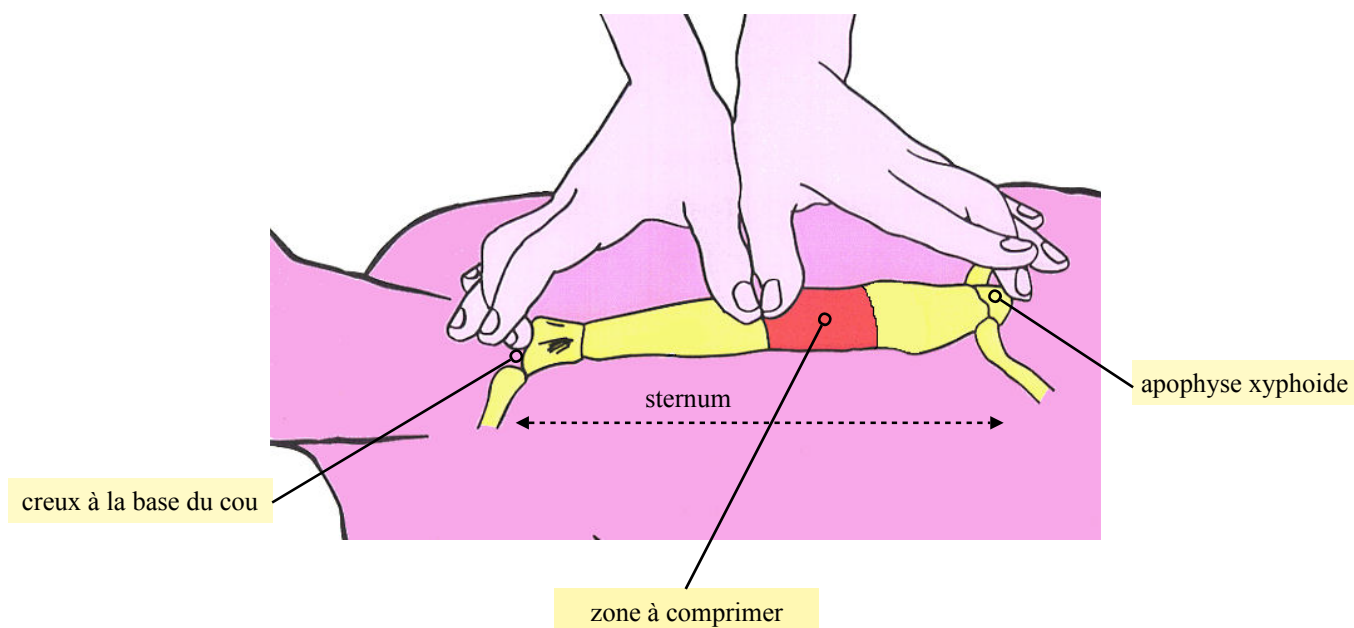


Bras le long du corps

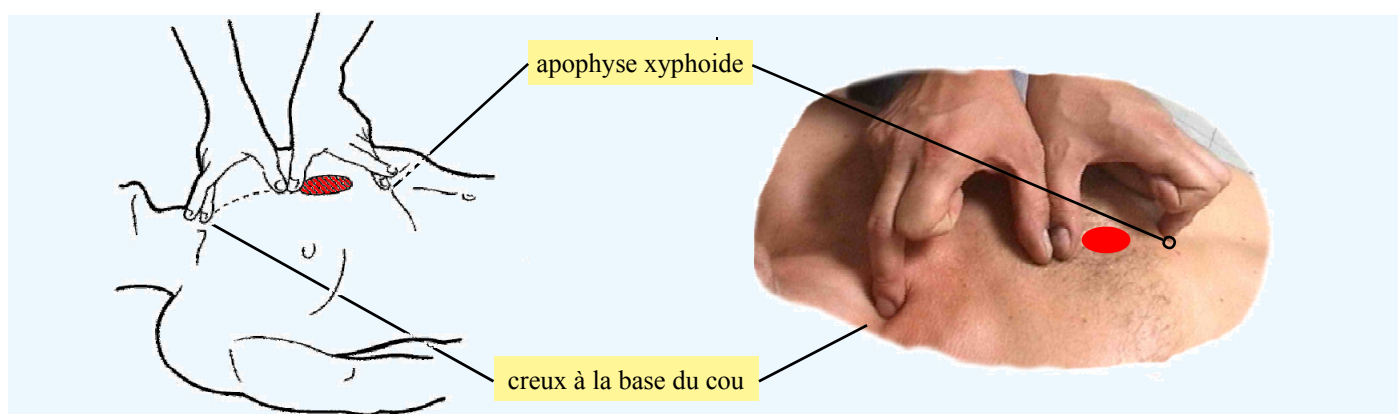


Bras à la perpendiculaire

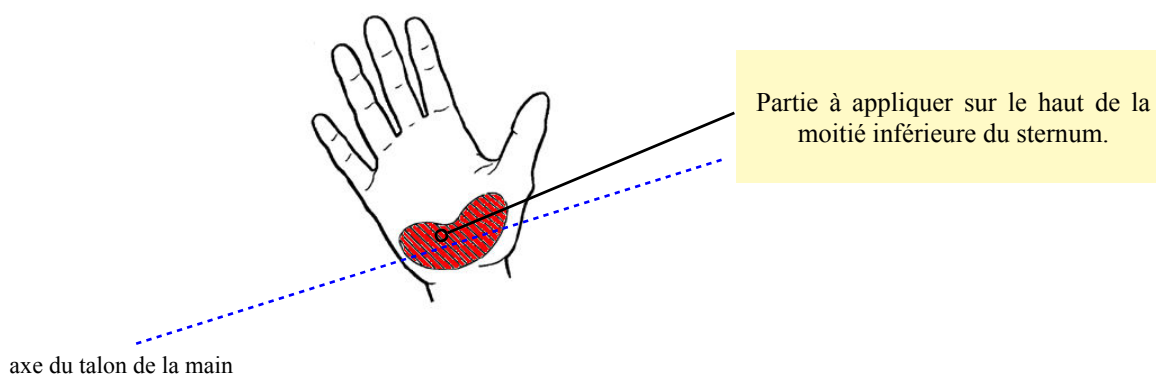
Repérage de la zone à comprimer



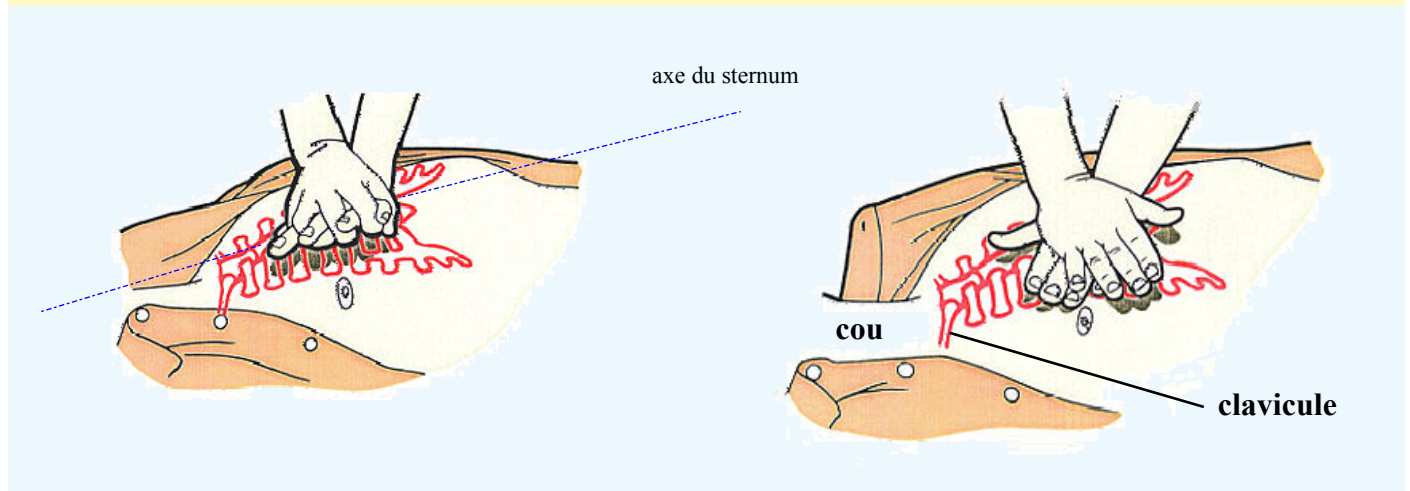
Je place l'extrémité du majeur d'une main sur le bas du sternum (au-dessus du creux où les côtes se rejoignent) et l'extrémité du majeur de l'autre main sur le haut du sternum (au-dessus du creux situé à la base du cou). Le point de rencontre des deux pouces correspond au milieu du sternum. La zone à comprimer se trouve juste en dessous.



Le placement des mains



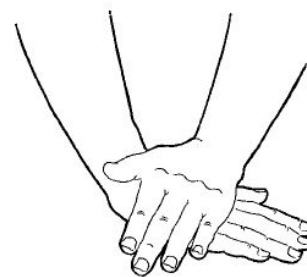
J'applique le talon d'une main sur la zone précédemment repérée (environ parallèlement au grand axe du sternum) et je place le talon de la deuxième main sur le dos de la première de manière à ce qu'elle soit alors à peu près perpendiculaire au grand axe du sternum.



Les doigts peuvent être tendus ou entrecroisés, mais ils ne doivent pas être en contact avec les côtes de la victime.



doigts croisés



doigts tendus

Si le repérage de la zone à comprimer et le placement des mains, vous semblent difficiles à réaliser, retenez uniquement ceci :

Je positionne mes mains l'une sur l'autre, au milieu du thorax, entre les deux seins, les bras bien tendus.

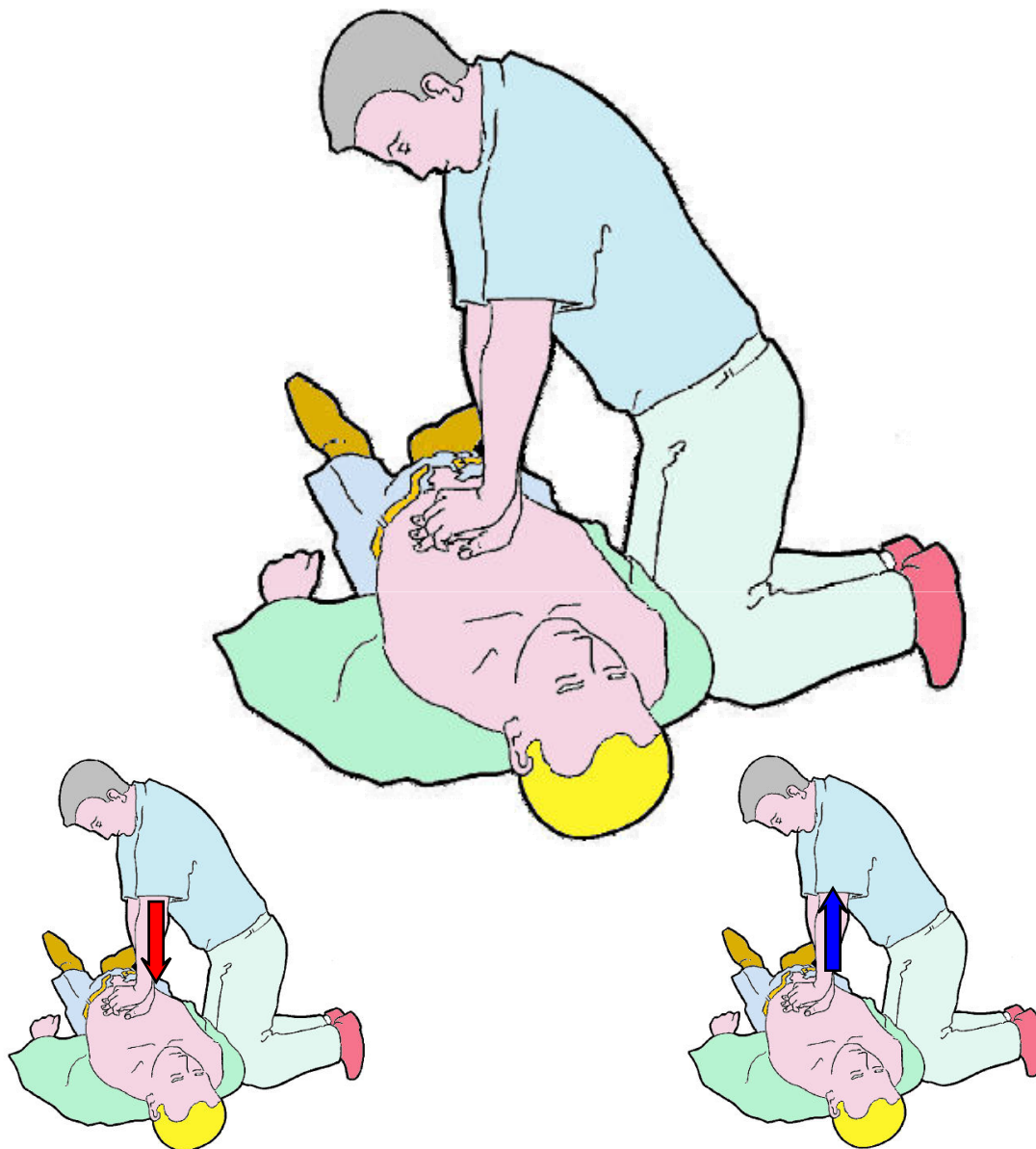
En situation d'urgence mieux vaut un massage cardiaque imparfait que pas de massage cardiaque du tout.

Les compressions

Elles doivent être réalisées avec les bras tendus et les coudes bloqués, les épaules positionnées à la verticale des mains.

C'est la force motrice du dos, par un mouvement vertical ascendant et descendant, transmis aux bras qui doivent rester tendus et agissent à la manière d'un piston, qui déprime le thorax.

Tout balancement d'avant en arrière du tronc du sauveteur doit être proscrit.



J'appuie d'un coup sec.
La dépression thoracique doit être de 4 à 5 centimètres environ.

Je relâche complètement sans décoller les mains de la poitrine.

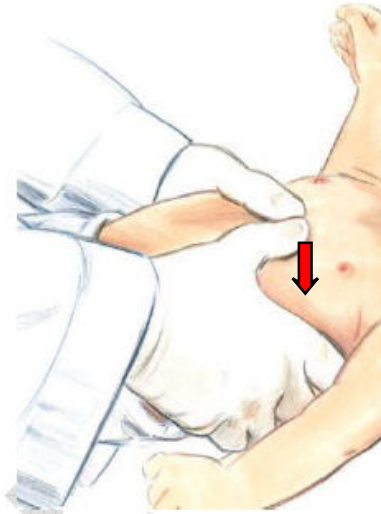
- La durée de compression doit être égale à celle du relâchement.
- Entre chaque compression, il est important de laisser le thorax reprendre sa forme initiale, sans décoller les mains.
- Le nombre de compressions à réaliser est de **100 par minute** environ. Il est primordial de maintenir ce rythme pour augmenter les chances d'une reprise de l'activité circulatoire spontanée.

Particularités du massage cardiaque chez l'enfant

Le nouveau-né.

Chez le nouveau-né, le massage cardiaque externe est réalisé en appuyant sur le tiers inférieur du sternum avec les deux pouces.

J'enlace le thorax avec les mains de sorte que les doigts se rejoignent en arrière et que les deux pouces se chevauchent sur le sternum à hauteur des mamelons.

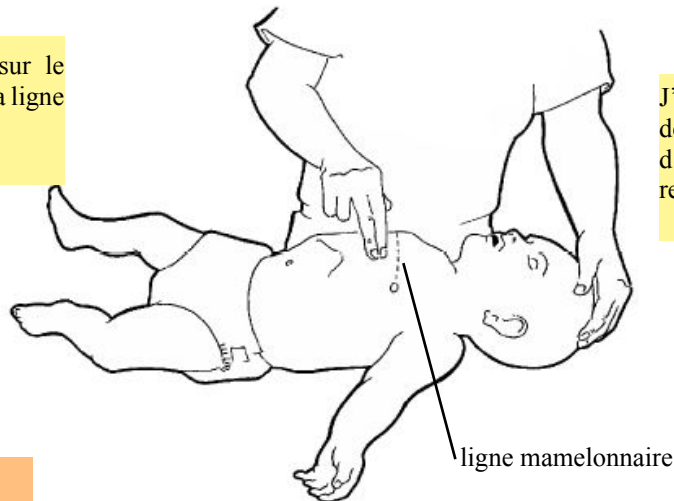


J'appuie d'un coup sec avec les pouces.
La dépression thoracique doit être de 2 centimètres environ.
Je relâche sans décoller les pouces de la poitrine.

Enfant de moins de 1 an

Chez l'enfant de moins de un an, le massage cardiaque externe est réalisé en appuyant sur le tiers inférieur du sternum avec deux doigts.

Je pose l'index et le majeur sur le sternum, un peu au-dessous de la ligne mamelonnaire.

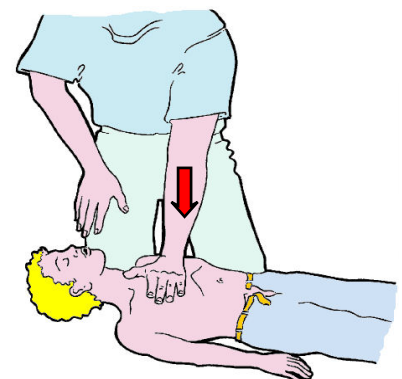


J'enfonce avec la pulpe des deux doigts le sternum d'environ 2 à 3 cm puis je relâche..

Enfant de 1 à 8 ans

Chez l'enfant âgé de plus de un an, le massage cardiaque externe est réalisé avec une seule main.

Je détermine la zone d'appui comme chez l'adulte.
Je me place au dessus de l'enfant, le bras à la verticale de sa poitrine.
Je pose le talon de la main sur la zone d'appui en prenant garde à ne pas appuyer sur les côtes avec les doigts.
Je comprime le sternum de 3 à 4 cm environ.
Je relâche.



Enfant de plus de 8 ans

Chez l'enfant âgé de plus de huit ans, le massage cardiaque externe est réalisé comme chez l'adulte.

Chez l'enfant et le nourrisson, comme chez l'adulte, la fréquence des compressions est de 100 par minute.

La ventilation artificielle permet de suppléer la respiration défaillante de la victime. La principale technique de ventilation sans matériel (masque + insufflateur) est le **bouche à bouche**.

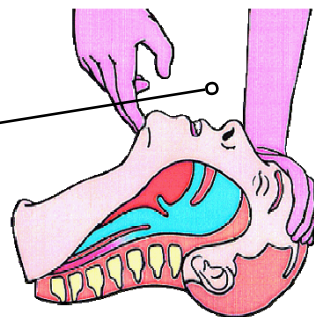
Cette technique permet d'insuffler directement l'air expiré par le sauveteur dans les voies respiratoires de la victime. La concentration en oxygène de l'air expiré est suffisante pour assurer une ventilation efficace.

Technique du bouche à bouche

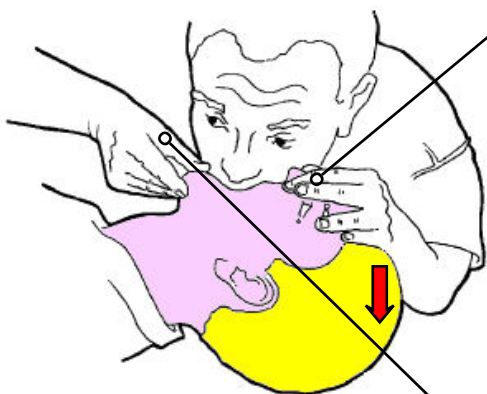
- Je m'agenouille à côté de la victime au niveau de sa tête et de son épaule.
- Avant de pratiquer le bouche à bouche je m'assure de la liberté des voies aériennes (fiche PS5).

Libération des voies aériennes

Je pose une main à plat sur le front et j'incline la tête en arrière pendant que mon autre main tire le menton vers le haut.
Cette manoeuvre empêche la langue de tomber en arrière et d'obstruer la gorge.

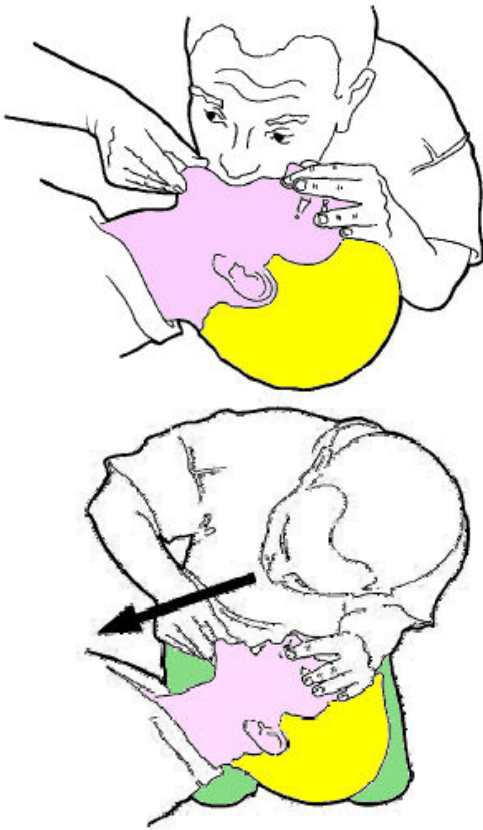


Avec la main placée sur le front de la victime, j'obstrue le nez en le pinçant entre le pouce et l'index tout en maintenant la tête en arrière.



Cette manoeuvre d'obturation des narines a pour but d'empêcher toute fuite d'air par le nez lorsque vous soufflez dans la bouche de la victime.

Avec l'autre main, j'ouvre légèrement la bouche de la victime tout en maintenant son menton soulevé. Le menton est saisi entre le pouce et l'index, le majeur et l'annulaire sont placés sous la pointe du menton.



J'inspire sans excès puis j'applique ma bouche largement ouverte autour de celle de la victime.

J'appuie fermement pour éviter toute fuite.

J'insuffle lentement jusqu'à ce que la poitrine de la victime **commence à se soulever**.

Je relève légèrement la tête, j'inspire à nouveau tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser.

Je maintiens bien la tête de la victime dans la même position.

Dès que la poitrine de la victime est retombée, je pratique une seconde insufflation.

Le volume d'air expiré dans la bouche de la victime doit être suffisant pour voir les mouvements de soulèvements et d'abaissement de la poitrine.

Le temps de réalisation de ces 2 insufflations ne doit pas excéder 5 secondes.

Si la poitrine de la victime ne se soulève pas :

- Je vérifie que la tête de la victime est bien basculée en arrière et que son menton est élevé.
- Je vérifie qu'il n'y a pas de fuite d'air autour de la bouche quand j'insuffle.
- Je recherche un éventuel corps étranger dans la bouche et le retire avec les doigts.

Technique chez le nourrisson

Chez le nourrisson, la technique utilisée est celle du **bouche à bouche et nez**.



Les principales différences avec la technique précédente, sont :

- la tête du nourrisson est placée en position neutre (pas de bascule) ;
- le sauveteur englobe avec sa bouche **à la fois la bouche et le nez** du nourrisson ;
- la quantité d'air expiré par le sauveteur est **beaucoup plus faible** pour voir la poitrine du nourrisson se soulever.

Il est possible de se procurer dans le commerce des dispositifs destinés à s'interposer entre la bouche du sauveteur et celle de la victime. Munis d'une valve anti-retour, ils permettent de diminuer le risque de contagion ou d'infection et d'assurer un meilleur confort pour le secouriste.

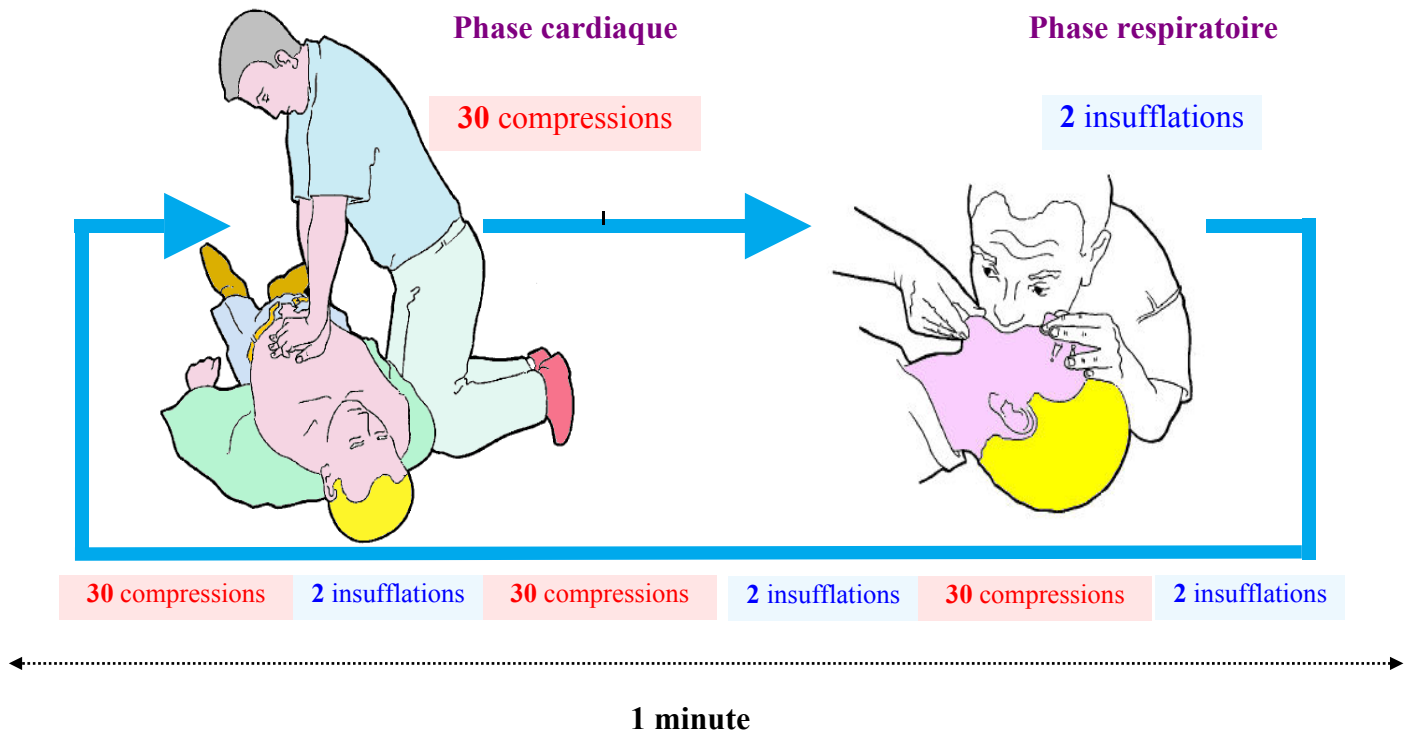
- masque de réanimation Life for 2
- masque Safe Kiss.



La réanimation cardio-pulmonaire consiste en une alternance d'une phase cardiaque - fiche PS9 (compressions thoraciques au nombre de 30) avec une phase respiratoire - fiches PS10/ PS11 (insufflations au nombre de 2).

Le passage des compressions aux insufflations et des insufflations aux compressions doit être réalisé **le plus rapidement possible**.

Après une phase de ventilation, le sauveteur se positionne à nouveau correctement et dispose ses mains à l'endroit où il avait appuyé précédemment sans chercher à délimiter avec précision la zone d'appui.



Au cours du massage cardiaque il est habituel de compter à voix haute les différents temps de sa réalisation.

« 1 et 2 et 3 et 4 et 5et 29 et 30 »

1 : compression

et : relâchement

2 : compression

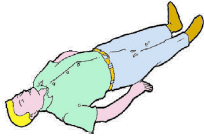
et : relâchement.

Un massage cardiaque est épuisant et si cela est possible il est préférable de se faire remplacer ; toutes les 2 minutes (environ 5 cycles).

Si deux sauveteurs sont présents, l'un assurera la ventilation artificielle (bouche à bouche ou insufflateur) tandis que l'autre délivrera le massage cardiaque. Il est conseillé de permuter les positions de manière régulière .

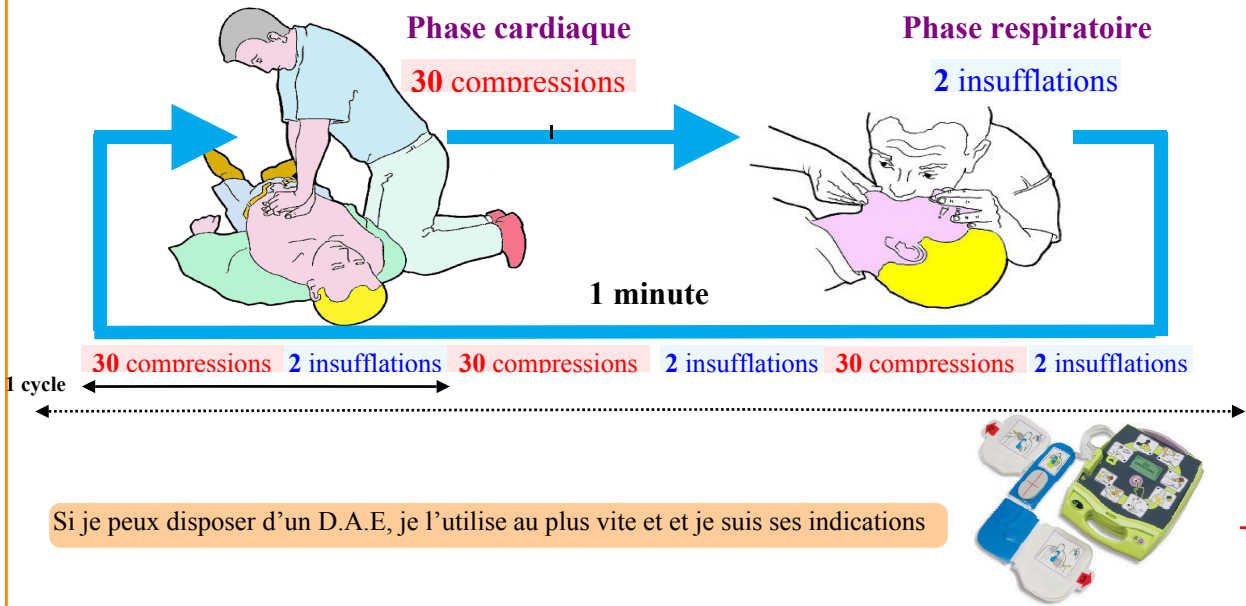
Lors d'une prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire, le sauveteur doit commencer par le massage cardiaque, ceci afin de relancer la circulation d'oxygène encore présent dans le sang. Cependant, si la victime est un enfant (de 1 an à la puberté) ou une personne victime de noyade, il est préconisé de commencer la réanimation par 5 insufflations.

Séquence de réanimation devant un arrêt cardio-respiratoire de l'adulte.



Victime inconsciente et qui ne respire pas

- je commence le massage cardiaque : 30 compressions.
- je bascule la tête de la victime en arrière, tire le menton et je fais 2 insufflations.
- je répète des cycles de 30 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations pendant 2 minutes.



Toutes les 2 minutes environ (5 cycles), j'évalue les fonctions vitales de la victime.

Reprise d'une ventilation spontanée

Aucune amélioration

Je cesse les manoeuvres de réanimation.
J'installe la victime en P.L.S. (fiche PS7)
Je la protège du froid et de l'humidité - couverture de survie.
Je la surveille jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés.

Je poursuis la réanimation jusqu'à l'arrivée des secours ou à la reprise d'une respiration normale

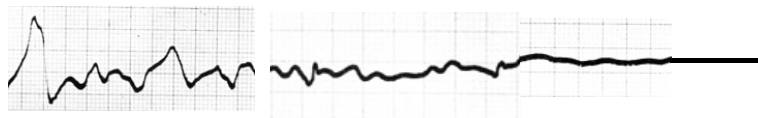


Généralités

Le cœur est le siège d'une activité électrique autonome, régulière, organisée et uniforme. Lors d'une fibrillation ventriculaire, mécanisme le plus souvent en cause dans un arrêt cardiaque de l'adulte (80%), cette activité électrique devient anormale, irrégulière et désorganisée. Les contractions cardiaques deviennent inefficaces, le sang n'est plus propulsé, c'est l'arrêt circulatoire. Après quelques minutes de privation d'oxygène, l'activité électrique du cœur cesse et les contractions cardiaques s'arrêtent.



rythme normal sinusal
contractions efficaces



fibrillation ventriculaire
contractions inefficaces

asystolie arrêt cardiaque

La défibrillation consiste à administrer un choc électrique à travers la paroi du cœur afin de synchroniser à nouveau les contractions des fibres du myocarde et permettre au cœur de battre normalement. La défibrillation doit être réalisée avant que ne survienne l'asystolie, état qui se caractérise par l'absence d'activité des ventricules et qui annonce l'arrêt total du cœur.

L'appareil



Un défibrillateur est un appareil qui dans un premier temps va analyser l'activité électrique du cœur et délivrer, si cela s'avère nécessaire, un choc électrique par l'intermédiaire d'électrodes, afin de resynchroniser l'activité électrique cardiaque. L'appareil peut être semi-automatique, il invite l'opérateur, par une information vocale et visuelle à délivrer le choc en appuyant sur un bouton, ou automatique, l'appareil gère cette opération de manière autonome.

Quelle que soit la marque, un défibrillateur présente un aspect extérieur et un fonctionnement plus ou moins standardisés. On retrouve :

- un écran à cristaux liquides qui délivre des messages écrits.
- un haut-parleur qui donne des messages sonores.
- une batterie capable de délivrer de 200 à 300 chocs électriques.
- un bouton de mise en marche, et pour un appareil semi-automatique, un bouton pour délivrer le choc électrique.
- un port pour transmettre l'ensemble des informations enregistrées dans la mémoire du défibrillateur (date, heures de l'allumage et de la pose des électrodes, électrocardiogramme de la victime, horaire et nombre de chocs délivrés, manipulations effectuées...).
- Des électrodes de défibrillation (adulte et enfant) qui peuvent se présenter sous la forme d'une paire d'électrodes ou d'une électrode unique. Autocollantes, elles sont recouvertes sur la face qui doit être en contact avec la peau de la victime, d'un gel afin de faciliter le passage du courant et de diminuer le risque de brûlure.

Un certain nombre d'accessoires comme :

- une paire de ciseaux pour découper les vêtements afin de dénuder la poitrine.
- des compresses ou du papier absorbant pour sécher éventuellement la poitrine.
- un rasoir pour raser une éventuelle pilosité qui pourrait nuire à l'adhérence des électrodes sur le thorax.

Utilisation d'un défibrillateur automatique.

Lors de la mise en place du défibrillateur, il est indispensable d'interrompre le moins longtemps possible la réanimation cardio-pulmonaire. Si deux sauveteurs sont présents, le premier poursuivra le massage cardiaque tandis que le second mettra en fonction l'appareil. La réanimation cardio-pulmonaire ne sera alors interrompue que lorsque l'appareil le demandera.

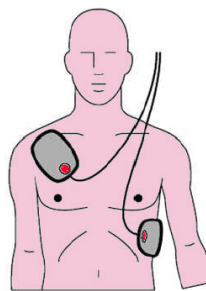
Comment je fais ?

Je mets en marche le défibrillateur en appuyant sur le bouton marche/arrêt. Certains appareils sont munis d'un capot qui dès son soulèvement déclenche la mise en fonction.

Je suis scrupuleusement les indications de l'appareil qui peuvent être délivrées de manière vocale ou visuelle.

Dans un premier temps, l'appareil demande de mettre en place les électrodes : « Placez les électrodes ! ».

- Je dénude le thorax de la victime ; au besoin je découpe les vêtements à l'aide de la paire de ciseaux.
- Je sors les électrodes de leur emballage, et les dispose l'une après l'autre sur le thorax de la victime, conformément aux instructions figurant sur l'emballage ou sur les électrodes elle-mêmes.



- Au préalable :
 - ♦ Je m'assure que la poitrine de la victime est sèche afin que les électrodes adhèrent correctement à la peau. Si besoin, j'essuie la peau avec le papier absorbant ou les compresses.
 - ♦ Je rase la zone où les électrodes doivent être collées à l'aide du rasoir jetable si la poitrine de la victime est particulièrement velue.

Cas particuliers :

- ♦ Si la victime présente un patch médicamenteux sur la zone de pose d'une électrode, je retire ce patch et essuie la peau avant de coller l'électrode. La présence d'un patch expose à un risque de brûlure et peut contribuer à rendre le choc moins efficace.
- ♦ Si la victime présente un dispositif sous la peau (pile de pace maker) à l'endroit où je dois poser l'électrode, je colle cette électrode 1 cm en dessous de la voussure que je perçois sous mes doigts.
- ♦ Si la victime est allongée sur une surface humide, je la déplace si possible pour l'étendre sur une surface sèche. L'eau étant conductrice, l'efficacité d'un choc électrique est diminuée si la victime se trouve sur un sol mouillé ; il n'existe pas de danger réel pour le sauveteur.
- ♦ Si la victime se trouve sur une surface en métal, il est nécessaire de la déplacer ou de glisser une matière isolante sous elle. Le métal, ou toute autre matière fortement conductrice, rend le choc inefficace.
- ♦ Si la victime se trouve en présence de matériaux inflammables (vapeurs d'hydrocarbures, butane...) ou explosifs, je dégage la victime dans un lieu sûr. La défibrillation fait en effet courir le risque d'incendie ou d'explosion. De la même manière, si de l'oxygène est utilisée pour ventiler la victime, il est nécessaire de stopper son administration et d'éloigner la bouteille lors de la délivrance du choc.

Après la mise en place des électrodes, le défibrillateur va procéder à une analyse de l'activité électrique du cœur de la victime. Afin d'éviter toute interférence, l'appareil demande à ce que personne ne touche la victime : « Stoppez le massage, analyse en cours ! ».

Si le défibrillateur annonce que le choc est nécessaire « Choc conseillé, écartez-vous ! » (détection d'un trouble du rythme chocable) :

- Je préviens les personnes qui se trouvent autour de la victime et leur demande de s'écarter.
- Je veille à ne pas toucher la victime.
- Je reprends immédiatement les compressions thoraciques après la délivrance du choc sans retirer les électrodes de la poitrine de la victime.

Il est primordial que la réanimation cardio-pulmonaire soit interrompue le moins longtemps et le moins souvent possible, c'est à dire uniquement au cours de l'enregistrement de l'activité cardiaque et lors de la délivrance d'un choc électrique.



Si le défibrillateur annonce que le choc n'est pas nécessaire « Choc déconseillé, continuez le massage ! » :

- Je reprends immédiatement les compressions thoraciques sans retirer les électrodes de la poitrine de la victime.
- Je suis les recommandations de l'appareil. Il peut demander d'arrêter la réanimation cardio-pulmonaire pour réaliser une nouvelle analyse « Stoppez le massage , analyse en cours ! ».

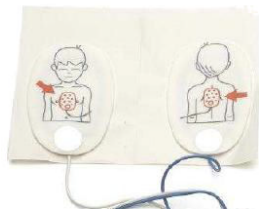
(Certains appareils disposent d'une aide au massage cardiaque, guidant au moyen d'un métronome le rythme des compressions thoraciques et indiquant au sauveteur s'il doit appuyer plus fort ou si les compressions sont correctes.)

Quand arrêter et retirer le défibrillateur ?

Le défibrillateur et les électrodes doivent être laissées en place jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés. C'est le médecin qui prendra la décision d'arrêter l'appareil et de retirer les électrodes.

Cas particulier d'un enfant.

Un défibrillateur automatique externe ne peut pas être utilisé chez un nourrisson de moins d'un an. Chez un enfant de un à huit ans, la défibrillation doit être réalisée avec un appareil et des électrodes adaptés.



Cependant, si je dispose seulement d'électrodes adultes, je place la première en avant au milieu du thorax et la seconde au milieu du dos.

Après avoir mis la victime à l'abri d'un danger éventuel, vous devez sans tarder procéder à un examen de la victime. Ce premier examen, basé sur l'étude des fonctions vitales (fonction neurologique, respiration, circulation), doit vous permettre d'évaluer rapidement la gravité de la situation clinique. Les informations recueillies, outre le fait qu'elles vous alertent sur la nécessité ou non de pratiquer sans délai certains gestes, sont indispensables au médecin joint dans le cadre d'une consultation médicale à distance afin qu'il puisse décider de la conduite à tenir. Cet examen doit être mené rapidement (5 minutes au maximum). Il ne porte que sur la recherche d'un nombre limité de signes et ne doit en aucun cas retarder d'éventuels gestes de premiers secours.

FONCTION NEUROLOGIQUE

L'examen neurologique initial se bornera à

- l'étude de la conscience complétée par l'examen des pupilles.
- la recherche rapide d'un déficit moteur (paralysie).



CONSCIENCE

Une personne est considérée comme inconsciente si elle ne réagit pas à une stimulation verbale ou tactile. Elle ne répond pas quand on la questionne « Vous m'entendez ? Que s'est-il passé ? », ne répond pas à un ordre simple « serrez-moi la main », « ouvrez les yeux », ne réagit pas quand on la touche. Cet état d'inconscience peut être plus ou moins profond et peut être quantifié à partir de l'étude d'un certain nombre d'éléments cliniques comme la présence ou l'absence d'une réaction à un stimulus douloureux (par exemple, la victime grogne ou a un mouvement de retrait quand on la pince).

Sur le plan pratique, pour évaluer le degré de trouble de la vigilance d'une personne qui semble « endormie », on procède ainsi :

- on prend les mains de la victime et d'une voix forte on lui demande « Répondez-moi », « Serrez-moi la main », « Ouvrez les yeux ».
- en l'absence de réponse, on secoue doucement la victime au niveau d'une épaule.
- en l'absence de réaction, on applique une stimulation douloureuse (en pinçant par exemple le dos de chaque main) et on observe la réaction (retrait de la main, ébauche d'un geste, simple grognement ou absence totale de réaction).

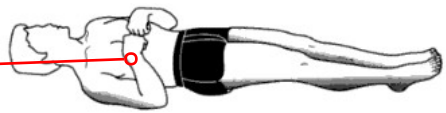
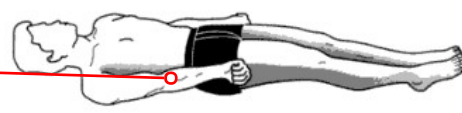
A ce stade, vous êtes en mesure de remplir les premières lignes d'une fiche d'évaluation de l'état de conscience :

Conscience			
oui *	<input type="checkbox"/>		
non	<input type="checkbox"/>	réaction à un ordre simple	réaction à la douleur
		oui <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
		non <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Une personne consciente peut présenter diverses altérations comme une somnolence, une désorientation, des troubles de l'attention, une amnésie, des troubles du comportements (agitation, prostration, apathie). [Fiche MD9 examen neurologique.](#)

Cette fiche est relativement aisée à compléter. Bien que succincte, elle permet de renseigner le médecin sur l'état de conscience de la victime. Il est cependant possible d'évaluer beaucoup plus précisément le degré de vigilance.

Un certain nombre de systèmes de cotations et d'évaluations ont vu le jour. Le plus communément utilisé et qui fait référence aujourd'hui au niveau international, est l'échelle ou **score de Glasgow**. Ce système d'évaluation des troubles de la conscience est basé sur l'étude des réponses verbales, oculaires et motrices. Le score final est figuré par l'addition des meilleures réponses à ces trois paramètres. Créé initialement pour l'évaluation de traumatisés crâniens, il est actuellement utilisé de manière très large. Le tableau ci-après en détaille les items.

SCORE DE GLASGOW		Points
MEILLEURE RÉPONSE VERBALE AUX QUESTIONS POSÉES (V)		
réponse adaptée ; orientée ; capacité de reconnaître les personnes.		5
réponse inadaptée ; personne désorientée ; confusion.		4
réponse incohérente ; mots intelligibles mais qui n'ont pas de sens ; conversation impossible.		3
langage incompréhensible ; geignement, grognement.		2
aucune réponse.		1
MEILLEURE RÉPONSE OCULAIRE - ouverture des yeux (Y)		
ouverture des yeux spontanée.		4
ouverture de yeux au bruit, à la commande verbale.		3
ouverture des yeux à la stimulation douloureuse.		2
pas d'ouverture des yeux.		1
MEILLEURE RÉPONSE MOTRICE (M)		
obéit aux ordres.		6
réponse adaptée: localise la douleur ; tente de chasser le stimulus douloureux.		5
Évitement, retrait à la douleur. La victime réagit par une flexion du bras, une ébauche de geste de la main, mais ne met pas la main sur la région douloureuse.		4
lente flexion des membres supérieurs - avant-bras - poignet.		3
extension anormale des membres supérieurs avec enroulement.		2
aucune réponse ; pas de réaction.		1
Total des points = score de Glasgow		

À la fin, on fait le total des points obtenus au niveau des réponses verbale, oculaire et motrice. La normale est à 15. Le score le plus mauvais à 3. **Un score total inférieur ou égal à 7 définit le coma.** Les résultats sont notés de manière détaillée. Si on a obtenu 2 à l'ouverture des yeux, 2 à la réponse verbale et 5 à la réponse motrice, le score sera noté Y2,V2,M5 total 9.

On prend les mains de la victime et on lui demande d'une voix forte de serrer. En l'absence de réponse, on pose les mains de la victime sur son nombril puis on applique une stimulation douloureuse. Une technique efficace est d'exercer une pression sur le lit unguéal d'un doigt au moyen d'un objet rigide (comme un stylo). On peut aussi exercer une forte pression au niveau du sternum avec les phalanges d'un poing fermé. Ces 2 techniques sont plus efficaces qu'un pincement, qui est plus traumatisant et qui ne permet pas toujours d'obtenir une intensité douloureuse suffisante.

On regarde tout d'abord s'il existe une ouverture spontanée. Si ce n'est pas le cas, on demande verbalement d'ouvrir les yeux « Ouvrez les yeux ! » ou on claque des mains. En cas d'ouverture la réponse sera notée 3. En l'absence d'ouverture, on pratique une stimulation douloureuse* (la réponse motrice sera évaluée en même temps) et on note si la victime ouvre les yeux (réponse notée à 2) ou pas (réponse notée à 1).

La réponse verbale est évaluée en posant des questions simples ; « Que s'est il passé ? Savez vous où vous êtes ? Quel est votre nom ? Quel jour sommes nous ? ». La personne sera considérée comme désorientée si elle est incapable de se situer dans le temps, dans l'espace, ne se souvient pas des circonstances de l'accident, ne peut dire son nom, ne reconnaît pas les proches autour d'elle.

* La stimulation douloureuse doit être vive, mais ne doit pas être traumatique et provoquer des lésions.

PUPILLES

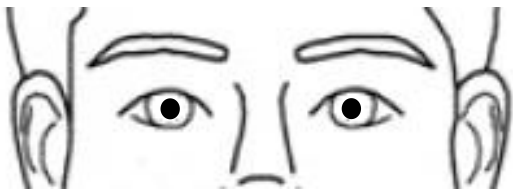
L'étude des pupilles renseigne sur une éventuelle souffrance cérébrale. On examine leur taille, leur symétrie et leur réactivité à la lumière.



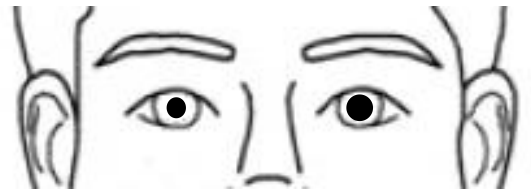
Taille des pupilles

- ● pupilles normales
- ●● pupilles dilatées
- ● pupilles rétrécies
- ● pupilles très petites, en tête d'épingle

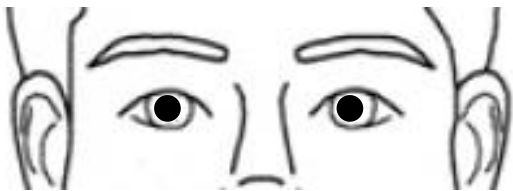
Symétrie des pupilles



symétrie et pupilles normales



asymétrie
pupille droite normale
pupille gauche dilatée



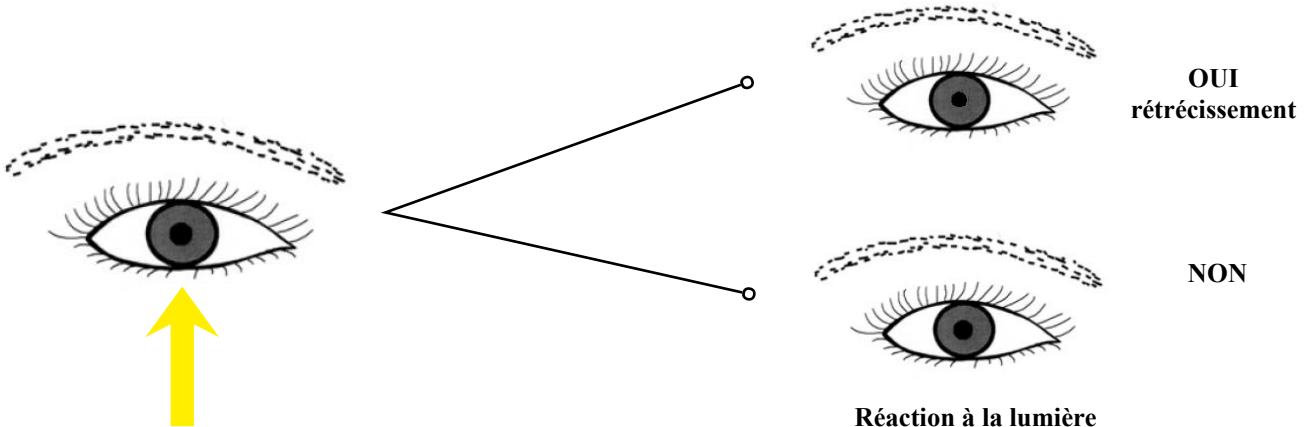
symétrie **mais**
pupilles droite et gauche dilatées.



asymétrie
pupille droite normale
pupille gauche en tête d'épingle

Réactivité des pupilles à la lumière.

Tout en maintenant la paupière ouverte, on envoie un flash lumineux au moyen d'une lampe de poche sur l'oeil. Sous l'effet de la lumière, la pupille doit normalement se rétrécir. On dit que la pupille est réactive. En l'absence de réponse, on parle d'aréactivité.



MOTRICITÉ

Elle sera évaluée de manière très succincte.


Chez une personne consciente un déficit moteur sera recherché en lui demandant simplement de bouger les membres.

On notera le résultat sous la forme suivante.

- ne bouge pas le bras droit ne bouge pas la jambe droite
 ne bouge pas le bras gauche ne bouge pas la jambe gauche

Chez une personne inconsciente, un déficit moteur est plus difficile à appréhender. Il peut être suspecté devant un membre (bras ou jambe) qui semble plus flasque lorsqu'on le mobilise ou qui, lorsqu'on le soulève et qu'on le laisse retomber, tombe très vite du fait de l'absence de tonus musculaire.

A ce stade de l'examen vous devriez être capable de remplir la fiche suivante :

CONSCIENCE			
oui <input type="checkbox"/>	→	la victime a-t-elle perdu connaissance pendant un certain temps ?	non <input type="checkbox"/>
			oui <input type="checkbox"/> durée en minutes :
non <input type="checkbox"/>	→	réaction à un ordre simple	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		réaction à la douleur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Score de Glasgow (si vous pouvez):total.....Y:.....V:.....M:.....			
pupilles			
symétriques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
taille pupille droite	normale <input type="checkbox"/>	dilatée <input type="checkbox"/>	rétrécie <input type="checkbox"/>
taille pupille gauche	normale <input type="checkbox"/>	dilatée <input type="checkbox"/>	rétrécie <input type="checkbox"/>
réaction à la lumière	droite : oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	gauche : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
DÉFICIT MOTEUR			
ne bouge pas ou plus flasque, tombe vite	le bras droit <input type="checkbox"/>	le bras gauche <input type="checkbox"/>	la jambe droite <input type="checkbox"/> la jambe gauche <input type="checkbox"/>

RESPIRATION

La victime respire-t-elle ? (fiche PS6) Si tel n'est le cas, une réanimation est à commencer sans attendre. En présence d'une ventilation, il convient de l'analyser.

La victime a-t-elle des difficultés à respirer (dyspnée) ?

Quelle est sa fréquence, c'est-à-dire le nombre de mouvements ventilatoires par minute ? En pratique, on note le nombre d'inspirations sur 15 secondes et on multiplie par quatre.

Elle peut être augmentée (polypnée) - (>16/mn) avec comme conséquence une diminution des volumes ventilés ou au contraire ralentie (bradypnée) - (<10/mn).

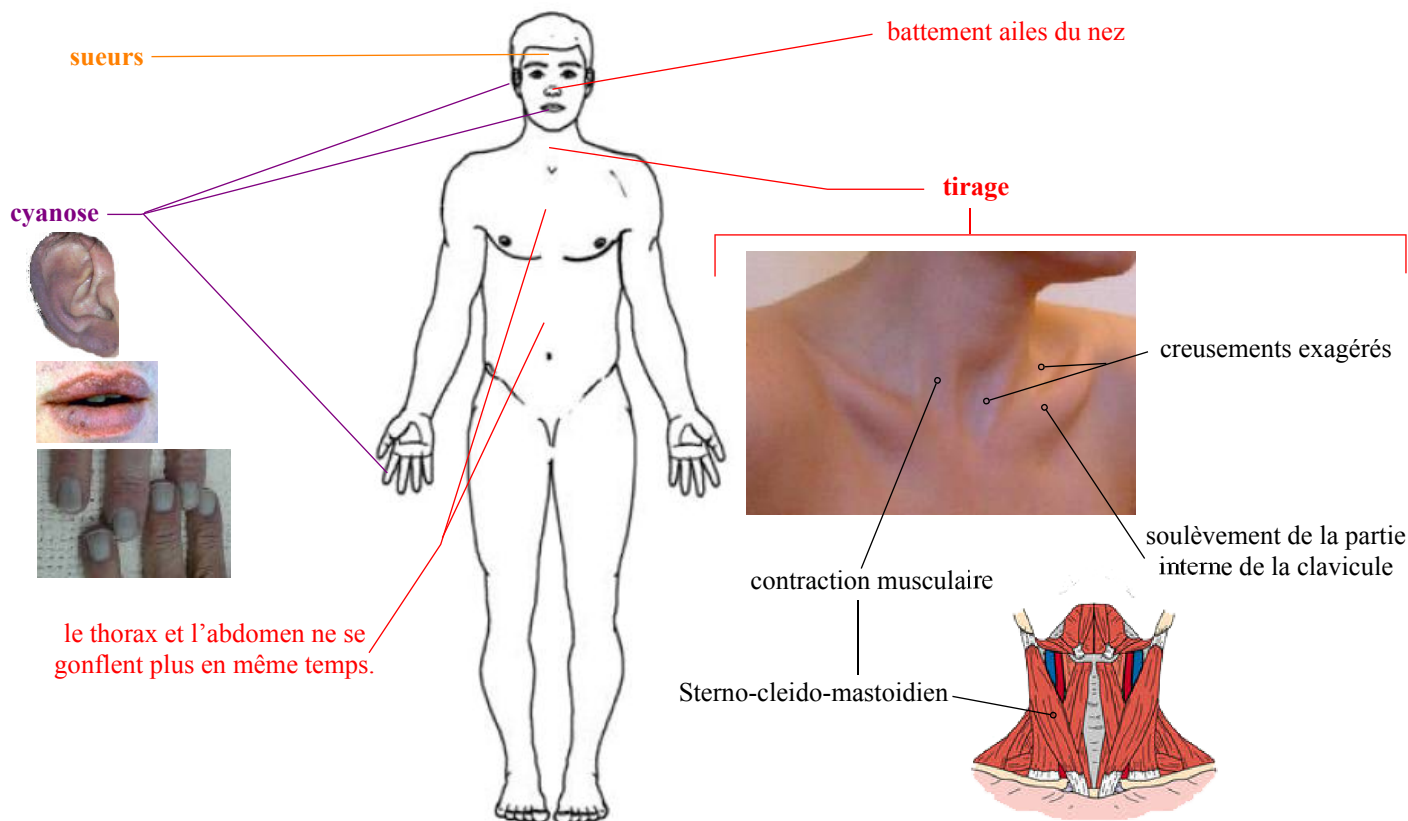
Est-elle régulière ou existe-t-il des pauses respiratoires ?

Est-elle ample (la cage thoracique se gonfle de manière très importante) ou au contraire superficielle (la cage thoracique se soulève à peine) ?

La respiration est-elle bruyante avec des bruits anormaux ? : ronflement, gargouillement, sifflement, crépitement ...

Il faut rechercher des signes traduisant une **détresse respiratoire** comme :

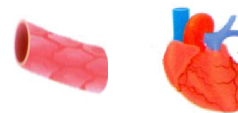
- **des signes de lutte** :
 - battement des ailes du nez (les narines se dilatent lors de la phase d'inspiration). Surtout visible chez le petit enfant, moins chez l'adulte.
 - tirage : le diaphragme ne parvient plus à assurer une ventilation normale et l'organisme doit faire appel à d'autres muscles, les muscles du cou en particulier, non prévus pour cette fonction, afin de maintenir une certaine efficacité de la respiration. Une simple observation de la région cervicale permet de le mettre en évidence.
 - balancement thoraco-abdominal: lors d'une respiration normale, à chaque inspiration, on peut voir le thorax et l'abdomen se soulever en même temps. Dans une détresse respiratoire, l'expansion thoracique observable lors de l'inspiration est concomitante d'une déflation abdominale. Sur le plan pratique, on constate que les mouvements de la cage thoracique et de l'abdomen ne sont plus synchrones, ils se gonflent l'un après l'autre. Ce signe fait craindre la survenue d'une défaillance respiratoire à plus ou moins court terme.
- une **cyanose**. Coloration bleutée ou gris-bleuté de la peau et des muqueuses. Surtout visible au niveau des lèvres, des lobes des oreilles et extrémités des doigts. Les globules rouges sont insuffisamment oxygénés, ils n'ont plus leur couleur rouge vif ce qui donne cette coloration bleutée de la peau et des muqueuses.
- la présence de **sueurs**. (traduit une insuffisance d'épuration du sang en dioxyde de carbone - CO₂)
- une impossibilité de parler, ou un arrêt au milieu des phrases ou après chaque mot.
- la victime adopte spontanément une position assise ou semi-assise.



CIRCULATION

Afin d'évaluer la fonction circulatoire de la victime, vous devez :

- prendre le pouls.
- mesurer la pression artérielle (cela n'est possible que si vous disposez de matériel).
- estimer le temps de recoloration cutanée (TRC)
- rechercher certains signes cliniques traduisant une détresse circulatoire.



Le pouls

voir la fiche « Prendre le pouls » MD3

La tension artérielle

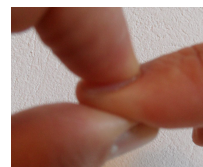
voir la fiche « Mesurer la pression artérielle » MD4

Le temps de recoloration cutanée (TRC)

Il permet d'évaluer la qualité de la pression artérielle au niveau des extrémités. Un allongement du temps de recoloration cutanée est un signe précoce d'hypoperfusion tissulaire.

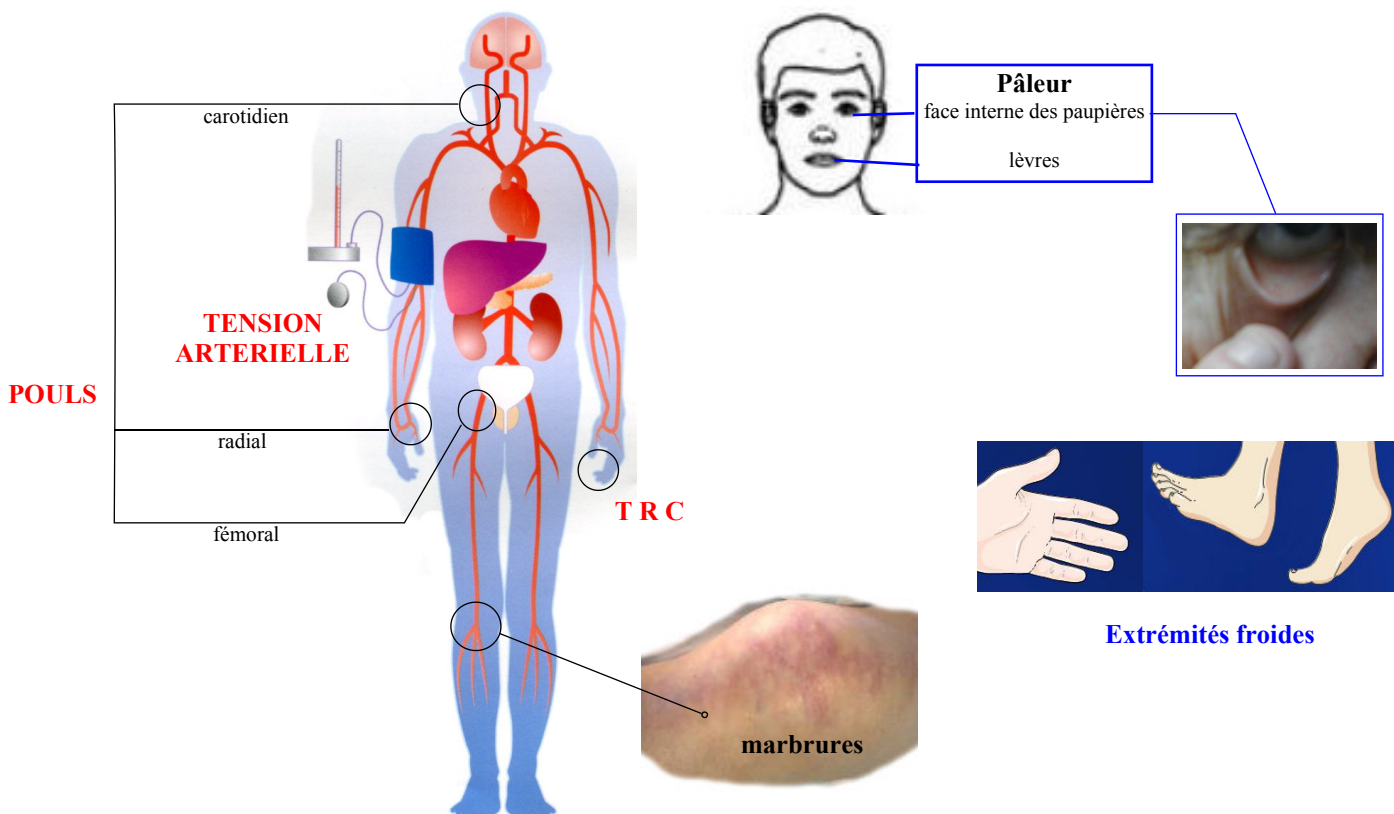
Il est évalué au niveau d'un doigt de la victime. Pour cela, on comprime l'extrémité d'un doigt (au niveau du lit de l'ongle) entre le pouce et l'index, pendant 3 à 4 secondes. Le lit de l'ongle devient pâle. Puis on relâche la pression. Le lit de l'ongle se recolor. On note le temps que met le lit de l'ongle à retrouver sa couleur initiale. Le TRC est considéré comme normal s'il est inférieur à trois secondes.

Sur le bilan on notera : temps de recoloration : rapide < 3 s
: allongé



Recherche de certains signes cliniques

- **Pâleur.** Elle sera recherchée principalement au niveau des muqueuses (lèvres, face interne des paupières).
- **Extrémités froides.** La diminution de température des extrémités est, comme le TRC, un signe précoce d'hypoperfusion tissulaire.
- **Marbrures.** La peau présente un aspect marbré avec des traînées bleutées. Ceci traduit une stagnation du sang veineux. Les marbrures seront principalement recherchées au niveau des genoux.
- **Sueurs.** La peau de la victime est moite.
- **Soif.**



Au terme de cette lecture, vous devriez être capable de remplir la fiche de bilan suivante :

FONCTIONS VITALES

CONSCIENCE

oui → la victime a-t-elle perdu connaissance pendant un certain temps ?
non
oui durée en minutes :

non → réaction à un ordre simple oui non
réaction à la douleur oui non

Score de Glasgow (si vous pouvez):total.....Y:.....V:.....M:.....

pupilles

symétriques oui non
taille pupille droite normale dilatée rétrécie
taille pupille gauche normale dilatée rétrécie
réaction à la lumière droite : oui non gauche : oui non



DÉFICIT MOTEUR

ne bouge pas ou plus flasque, tombe vite le bras droit le bras gauche la jambe droite la jambe gauche

RESPIRATION

arrêt respiratoire → débuter la réanimation.

difficulté à respirer ? non oui Fréquence respiratoire :/ mn
normale 12 à 20/mn

< 10
> 30

présence de pauses respiratoires

respiration ample superficielle

respiration bruyante

cyanose lèvres signes de lutte sueurs
extrémités

CIRCULATION

Hémorragie externe → gestes de premiers secours

Pouls radial (poignet) perçu oui bien frappé régulier
non filant irrégulier

↳ pouls carotidien ou fémoral perçu oui
non débuter la réanimation

Fréquence du pouls: / mn

Pression artérielle (si vous disposez du matériel) : systolique : diastolique :

Temps de recoloration cutanée : rapide < 3 secondes
allongé

Extrémités froides Coloration de la peau et des muqueuses : rose pâle

Marbrures Soif