



## PROGRAMME DES JOURNÉES DE PATHOLOGIES ESTIVALES ET ACCIDENTELLES 2026

JENDOUBA 16 Mai 2026

# PRISE EN CHARGE D'UN POLYTRAUMATISÉ

Dr. Insaf TRABELSI

AHU réanimation médicale

Hôpital universitaire Habib BOUGATFA - BIZERTE

# Introduction



## Épidémiologie

- 1ère cause de mortalité chez le sujet jeune (< 40 ans) en pleine santé apparente.
- Générateur de handicap lourd.



## Mortalité Évitable

Jusqu'à 30% des décès précoces sont évitables par une meilleure organisation et orientation.

L'hémorragie non contrôlée est la cause n°1.

# 60

## Minutes d'Or

(La Golden Hour et les Platinum Minutes). Le pronostic vital se joue dans dans les premières minutes suivant le choc.

# Introduction

# 50%

des décès surviennent  
dans la 1<sup>ère</sup> heure (0-1h).



## Mortalité Évitable

Jusqu'à 30% des décès précoces sont évitables par une meilleure organisation et orientation.

L'hémorragie non contrôlée est la cause n°1.

# 60

## Minutes d'Or

(La Golden Hour et les Platinum Minutes). Le pronostic vital se joue dans dans les premières minutes suivant le choc.



# Définition



## La Définition Classique (A posteriori)

- **Critère:** Au moins 2 lésions dont une au moins menace le pronostic vital.
- **Problème:** Rétrospective. Supposant que le bilan lésionnel radiologique ait déjà été effectué. Pas d'intérêt pratique en urgence absolue.

## La Définition de Berlin (Anticipative)

- **Critère Anatomique:**  $\geq 2$  lésions avec score AIS  $\geq 3$ .
- **+ Critères Physiologiques** (Au moins 1):
  - Hypotension (PAS  $\leq 90$  mmHg)
  - Inconscience (GCS  $\leq 8$ )
  - Acidose (Déficit de base  $\leq -6.0$ )
  - Coagulopathie (PTT  $\geq 40$ s ou INR  $\geq 1.4$ )
  - Âge  $\geq 70$  ans
- **Avantage:** Proactive. Basée sur la violence du mécanisme, elle déclenche la réanimation immédiate avant le scanner complet.



# Définition



## La Définition Classique (A posteriori)

### Score de gravité des lésions (ISS)

Région du corps	Score	Échelle abrégée des lésions (AIS)
Tête	1	Mineure
Visage		
Cou	2	Modérée
Thorax	3	Grave
Abdomen		
Rachis	4	Grave
Membre supérieur	5	Critique
Membre inférieur		
Externe et autres	6	Non viable

## La Définition de Berlin (Anticipative)

- **Critère Anatomique:**  $\geq 2$  lésions avec score AIS  $\geq 3$ .
- **+ Critères Physiologiques (Au moins 1):**
  - Hypotension (PAS  $\leq 90$  mmHg)
  - Inconscience (GCS  $\leq 8$ )
  - Acidose (Déficit de base  $\leq -6.0$ )
  - Coagulopathie (PTT  $\geq 40$ s ou INR  $\geq 1.4$ )
  - Âge  $\geq 70$  ans
- **Avantage:** Proactive. Basée sur la violence du mécanisme, elle déclenche la réanimation immédiate avant le scanner complet.

# CRITÈRES DE VITTEL TRAUMATISMES GRAVES

## CRITÈRES PHYSIOLOGIQUES



- Glasgow < 13
- PAS < 90 mm Hg
- FR < 10 ou > 29/im
- SpO<sub>2</sub> < 90 %

## CRITÈRES ANATOMIQUES



- Traumatisme crânien sévère
- Lésions pénétrantes (tête, cou, thorax, abdomen)
- Fracture du bassin
- Amputation proximale
- Fracture ouverte d'un os long
- Brûlures graves (> 20 % de surface corporelle)

## CINÉTIQUE DE L'ACCIDENT



- Chute de > 6 mètres
- Éjection du véhicule
- Accident de voiture à grande vitesse (> 60 km/h)
- Décès d'un passager dans le même véhicule
- Accident piéton, cycliste ou motard avec impact

## TERRAIN (FACTEURS AGGRAVANTS)



- Âge > 65 ans
- Grossesse > 20 semaines
- Maladie chronique grave (cardiaque, respiratoire, etc.)

**⚠ PRÉSENCE D'UN SEUL CRITÈRE = TRAUMATISÉ GRAVE.**

## Critères de Gravité Extrême

PAS < 65 mmHg (Mortalité 65%) | GCS = 3 (Mortalité 62%) | SpO<sub>2</sub> < 80% (Mortalité 76%)

**Transfert direct en  
centre spécialisé  
(Trauma Center)**



# Mécanismes



## Traumatismes Directs

Agents tranchants/pénétrants, syndrome d'écrasement.



## Traumatismes Indirects

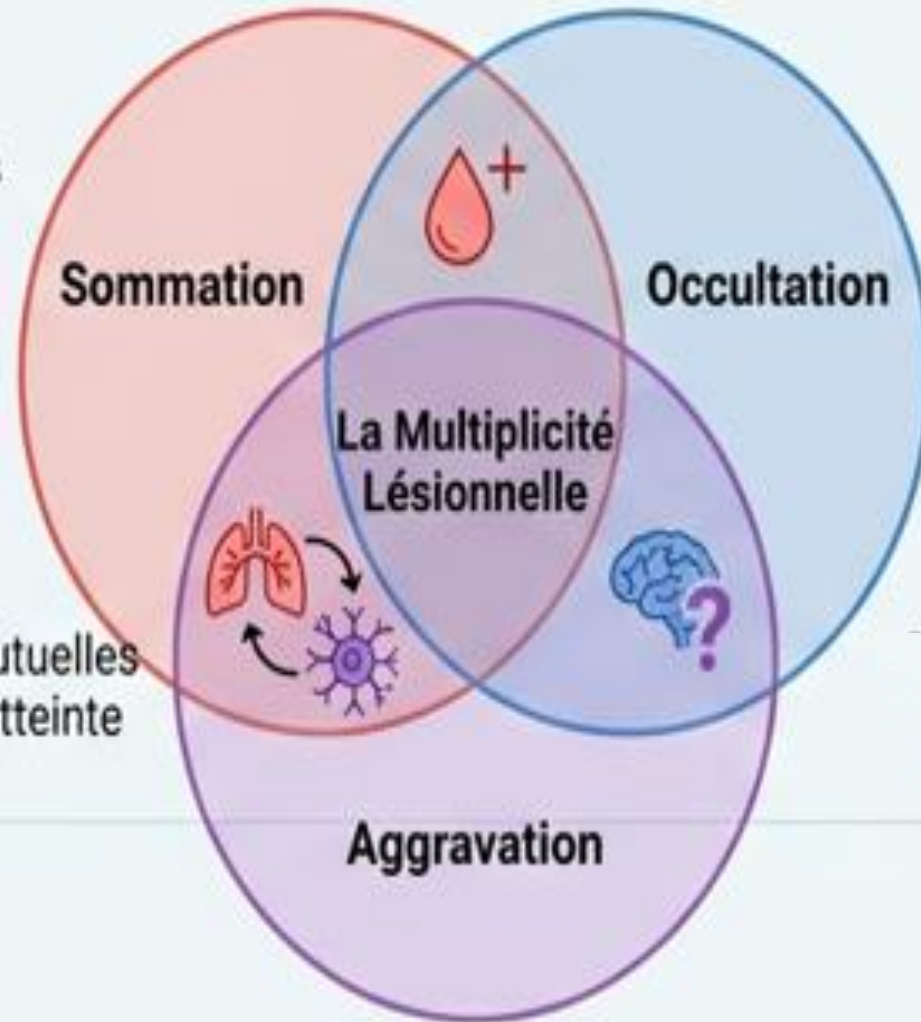
- **Décélération** (foie, rate, cerveau, isthme aortique)
- **Blast / Effet de souffle** (organes creux, alvéoles pulmonaires)
- **Hyperflexion/extension** (lésions vertébro-médullaires)

# Association lésionnelle

1. **Sommation** :  $1 + 1 = 3$  (Plusieurs lésions peu graves créent une spoliation sanguine létale).

2. **Occultation** : Une lésion majeure en masque une autre (ex: Coma masquant une atteinte du rachis).

3. **Aggravation** : Destructrions mutuelles (ex: Insuffisance respiratoire + Atteinte neurologique).



## Détresse Neurologique

Lésions cérébrales directes, perte des réflexes de protection.



Coma supprime les réflexes et obstrue les voies aériennes.

## Détresse Respiratoire

Contusion pulmonaire, volet thoracique, douleur, chute de la langue (si GCS  $\leq 8$ ).  
Conduit à l'Hypoxémie.



Hypoxémie aggrave les lésions cérébrales (ACSOS).

Hypotension entraîne l'ischémie cérébrale.



## Détresse Circulatoire

Hypovolémie par hémorragie, diminution du retour veineux.  
Conduit à l'Hypotension et l'Ischémie.

**L'association de ces différentes détresses engage le patient dans un processus délétère.  
La réanimation doit traiter les 3 fonctions simultanément.**

# Physiopathologie

## Hémorragie & Hypothermie

Défaut d'oxygénation tissulaire.  
L'hypothermie aggrave l'hémodynamique et bloque les enzymes de la coagulation.



## Coagulopathie

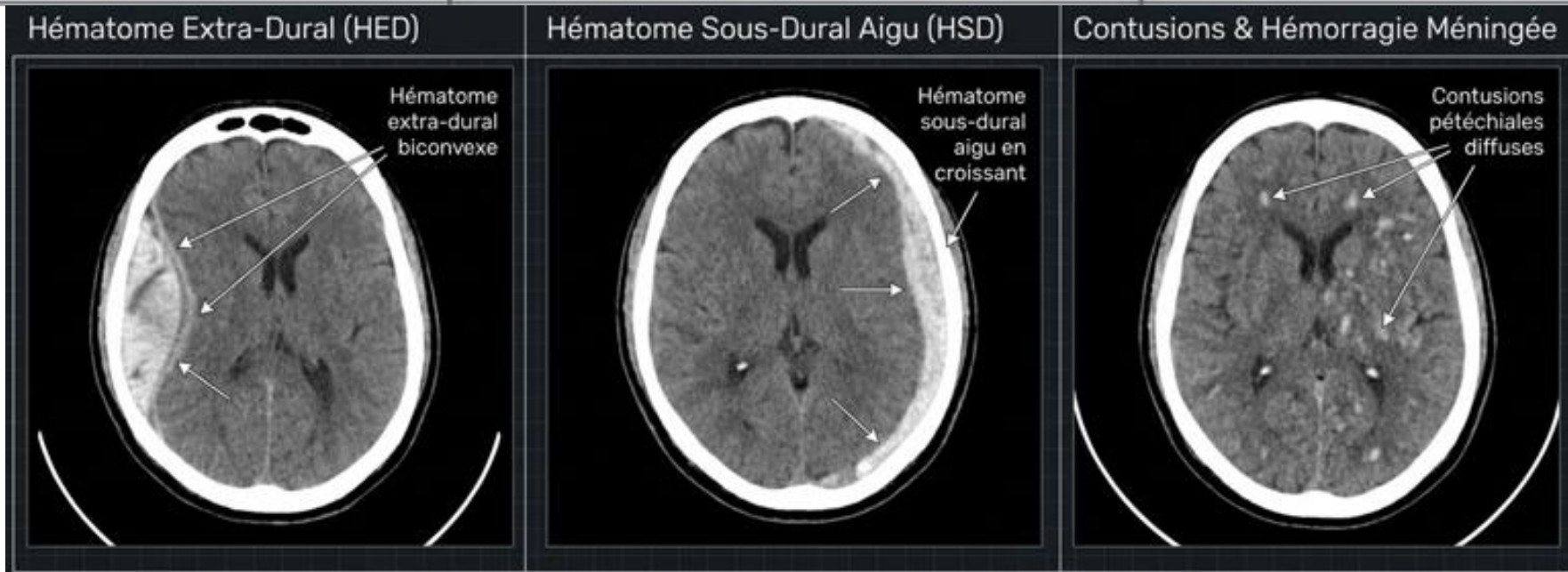
Épuisement rapide des facteurs de coagulation et hyperfibrinolyse précoce, aggravant le saignement.

## Acidose

Passage au métabolisme anaérobie tissulaire et accumulation massive de lactates.

# Lésions engageant le pronostic vital

Organe / Lésion	Signe d'alerte	Geste Sauveteur Immédiat
 <b>TCC Grave</b> (Hématome extra-dural / Engagement)	<b>Glasgow <math>\leq 8</math>, Mydriase</b>	<b>Intubation protectrice,</b> Maintien PAM > 90, <b>Avis Neurochir.</b>






# Lésions engageant le pronostic vital

Organe / Lésion	Signe d'alerte	Geste Sauveteur Immédiat
 <b>TCC Grave</b> (Hématome extra-dural / Engagement)	<b>Glasgow <math>\leq 8</math>, Mydriase</b>	<b>Intubation protectrice,</b> Maintien PAM > 90, <b>Avis Neurochir.</b>
 <b>Thorax</b> (Pneumothorax compressif, Hémothorax)	<b>Détresse respi, asymétrie, choc</b>	<b>Exsufflation / Drainage thoracique en urgence.</b>



# Lésions engageant le pronostic vital

Organe / Lésion	Signe d'alerte	Geste Sauveteur Immédiat
 <b>TCC Grave</b> (Hématome extra-dural / Engagement)	<b>Glasgow <math>\leq 8</math>, Mydriase</b>	<b>Intubation protectrice,</b> Maintien PAM > 90, <b>Avis Neurochir.</b>
 <b>Thorax</b> (Pneumothorax compressif, Hémithorax)	<b>Détresse respi, asymétrie, choc</b>	<b>Exsufflation / Drainage thoracique en urgence.</b>
 <b>Abdomen &amp; Bassin</b> (Rupture rate/foie, Anneau pelvien)	<b>Choc hémorragique, défense abdominale</b>	<b>Ceinture pelvienne,</b> <b>Transfusion massive,</b> <b>Laparotomie d'hémostase.</b>

# Les 4 Objectifs de la Prise en Charge Pré-hospitalière



## Établir le diagnostic de gravité

Identifier immédiatement les menaces vitales pour hiérarchiser l'intervention

## Triage et orientation adaptée

Diriger le blessé vers la structure hospitalière la plus qualifiée pour son état



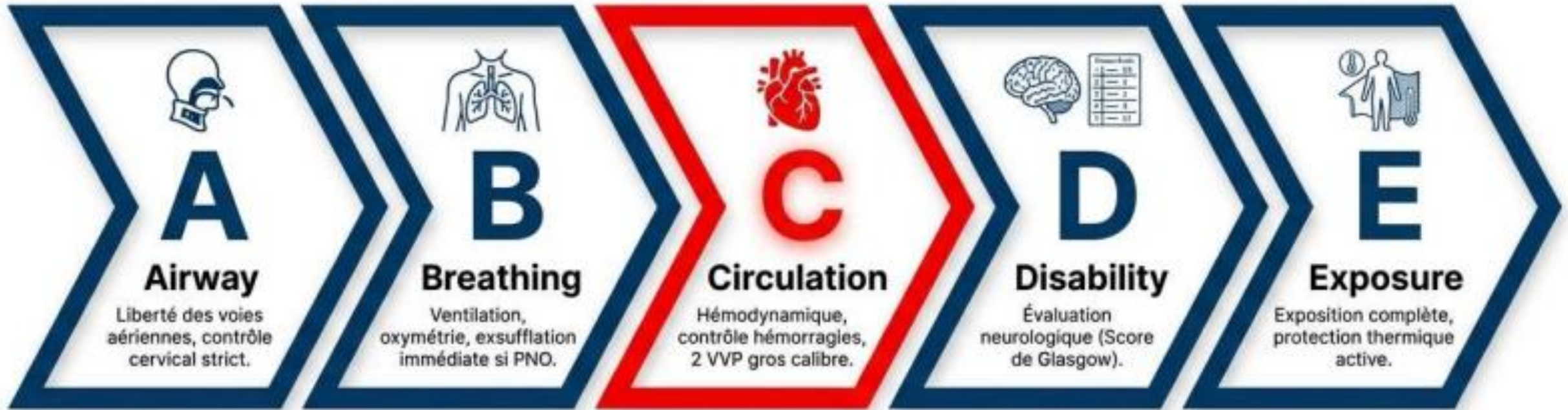
## Traitement immédiat des détresses

Engager sans délai les gestes de survie pour stabiliser les fonctions vitales

## Contrôle des facteurs aggravants

Lutter activement contre l'hypothermie et la douleur du patient

# Approche ABCDE



# Approche ABCDE

**<C> & A**

**Catastrophic  
Hemorrhage &  
Airway**

Garrot immédiat.

Liberté des voies  
aériennes avec  
protection stricte  
du rachis  
cervical (collier).

**B**

**Breathing**

Ventilation  
protectrice.

Recherche  
pneumothorax  
compressif.

SpO2 cible.

**C**

**Circulation**

Hémostase  
(ceinture  
pelvienne).

Transfusion.  
TXA.

Évaluation du  
choc.

**D**

**Disability**

Examen  
neurologique  
rapide  
(Glasgow,  
pupilles,  
glycémie).

Prévention des  
ACSOS.

**E**

**Exposure**

Déshabillage  
complet.

Prévention  
absolue de  
l'hypothermie.



## A - Airway (Voies Aériennes)

- Règle d'or : Maintien permanent de l'axe tête-cou-tronc. Un polytraumatisé est un traumatisé du rachis jusqu'à preuve du contraire.

### Indications Intubation :

- GCS  $\leq$  8.
- Instabilité hémodynamique sévère.
- Hypoxie réfractaire (SpO<sub>2</sub> < 90%).
- Traumatisme facial délabrant.

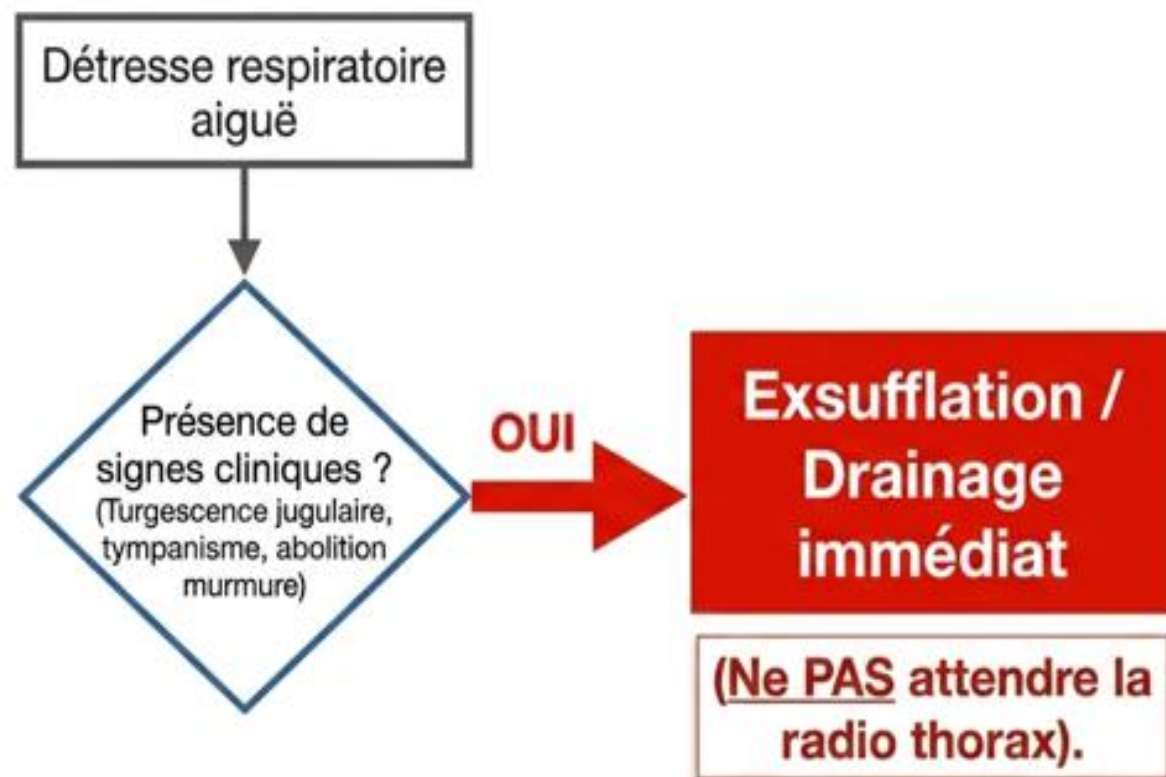


## B - Breathing (Ventilation)

La détresse ventilatoire prime sur la détresse circulatoire.

### Urgences Absolues :

- **Pneumothorax Compressif :**  
Diagnostic clinique (turgescence jugulaire + choc).  
Geste : Exsufflation immédiate.
- **Hémithorax Massif :**  
Matité auscultatoire.  
Geste : Drainage thoracique.



# C - Circulation & Le Choc Hémorragique

 **Externe**


Hémorragie visible ->  
Compression  
directe / Garrot. 


 **Thorax / Abdomen** 


Hémorragie interne -> FAST  
Écho / Transfusion /  
Chirurgie Damage Control.

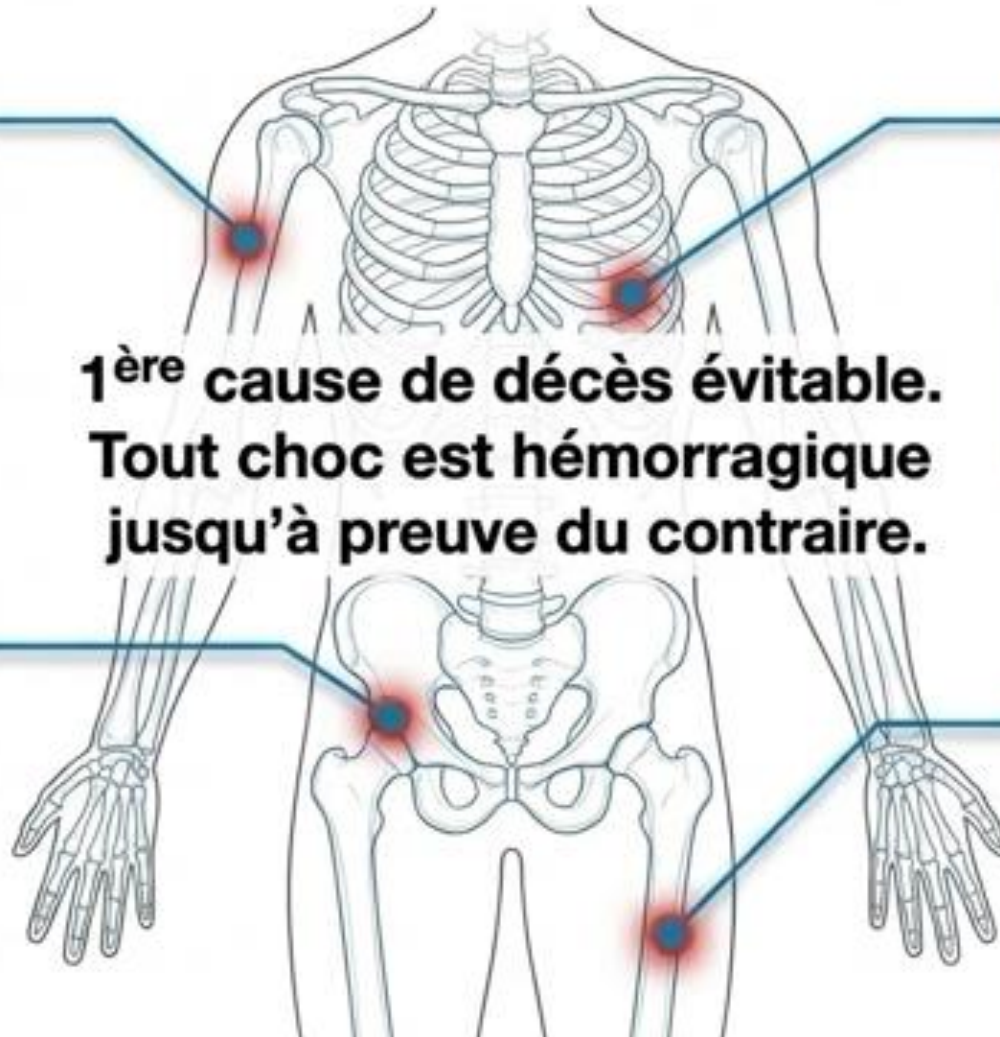
**1<sup>ère</sup> cause de décès évitable.  
Tout choc est hémorragique  
jusqu'à preuve du contraire.**

**Bassin / Pelvis** 

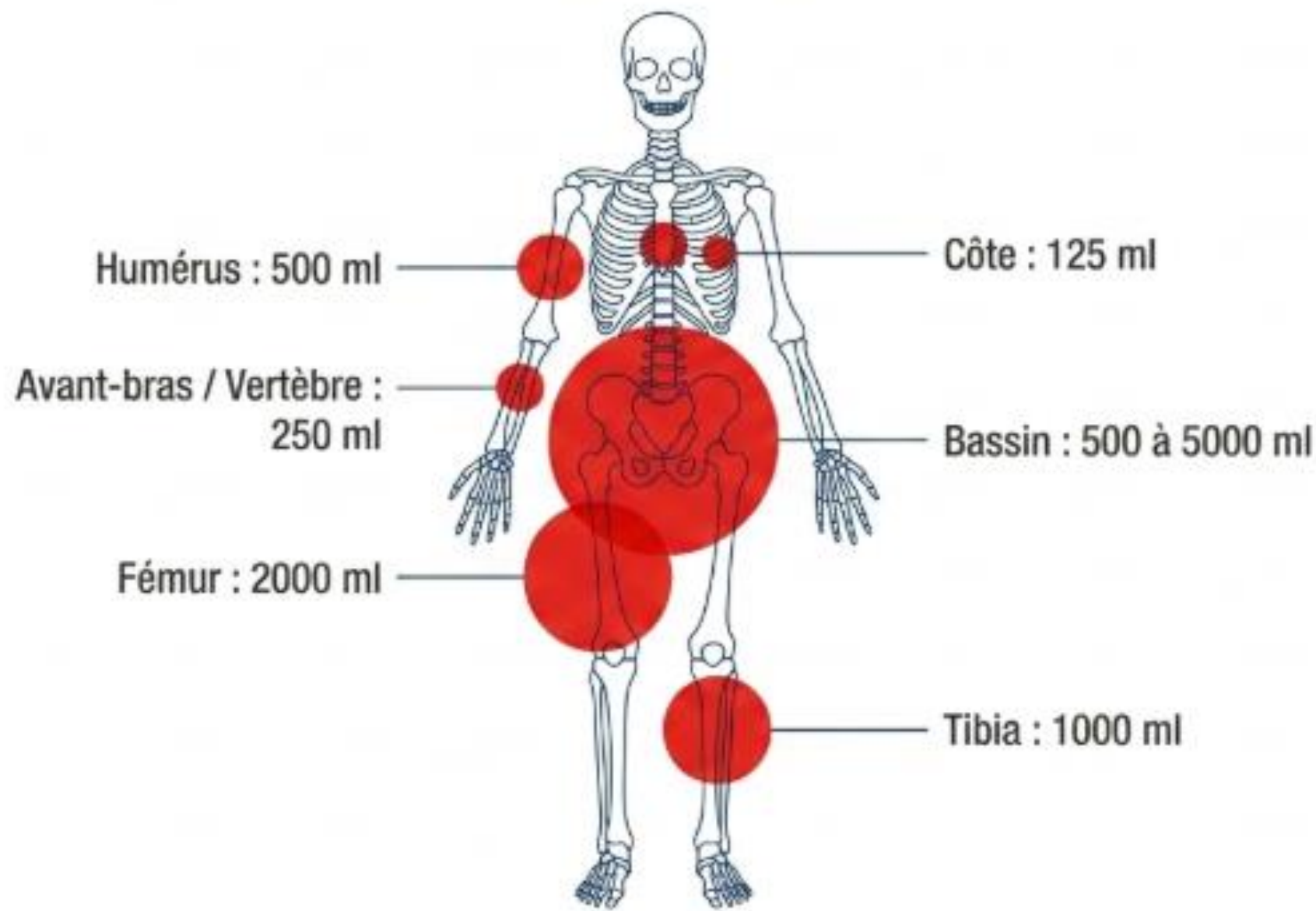
Suspicion fracture ->  
Ceinture pelvienne  
immédiate au niveau des  
grands trochanters. 

 **Os longs**

Fémur -> Alignement /  
Attelle de traction. 



# Anatomie du Choc Hémorragique : Pertes Osseuses (en 6h)



# Etiologies des troubles hémodynamiques

	<b>Choc Hémorragique</b>	<b>Choc Obstructif</b>	<b>Choc Vasoplégique</b>	<b>Choc Cardiogénique</b>
<b>Fréquence</b>	80% des cas	19% des cas	Traumatisme Médullaire	< 1% des cas
<b>Signes Cliniques</b>	Pâleur, Tachycardie (sauf sujet âgé/bêta-bloquants), Différentielle pincée	Turgescence des jugulaires, Emphysème SC, Abolition murmure vésiculaire	Bradycardie paradoxale, Baisse PAS/PAD avec différentielle maintenue	Turgescence jugulaire, Râles crépitants
<b>Mécanisme</b>	Hypovolémie (Lésions abdo, rétro-péritonéales, thorax, plaies scalp, fractures fémur)	Diminution du retour veineux (Pneumothorax compressif, Tamponnade)	Perte du tonus sympathique (Atteinte rachis > T6)	Contusion myocardique
<b>Geste d'Urgence</b>	Arrêt saignement, Remplissage, Transfusion	Exsufflation à l'aiguille, Drainage	Amines pressives	Inotropes



# D - Disability (Évaluation Neurologique)

- Score de Glasgow (GCS) = E + V + M.

1. OUVERTURE DES YEUX (E)	2. RÉPONSE VERBALE (V)	3. RÉPONSE MOTRICE (M)
Spontanée 4	Orientée 5	Obéit aux ordres 6
À la demande 3	Confuse 4	Localise la douleur 5
À la douleur 2	Inappropriée 3	Retrait à la douleur 4
Absente 1	Incompréhensible 2	Flexion anormale 3
	Absente 1	Extension 2
		Absente 1
<b>Score : 1 à 4</b>	<b>Score : 1 à 5</b>	<b>Score : 1 à 6</b>

**SCORE TOTAL**  
E + V + M  
Résultat entre **3 et 15**

## ACSOS

- 1 **PAM** (PAS > 110 mmHg pour TC Grave)
- 2 **pO<sub>2</sub>** (Objectif Sat > 92%)
- 3 **pCO<sub>2</sub>** (Objectif 35-45mmHg )
- 4 **T°C** (Objectif 35-37°C )
- 5 **Hb** (Objectif > 9g/dL )
- 6 **Na** (Objectif 135-145mmol/L )
- 7 **Glycémie** (Objectif 1,2-1,8 g/L)
- 8 **Position de la tête**



### Alerte Rouge :

Une mydriase unilatérale aréactive est un signe d'engagement cérébral imminent. C'est une urgence neurochirurgicale absolue.



## E - Exposure (Exposition & Environnement)

- Déshabillage complet (découpe des vêtements) et examen du dos (Log-roll avec maintien de l'axe).

### Lutte contre l'Hypothermie :

L'hypothermie perturbe l'hémostase et aggrave le choc. Mise en place systématique de couvertures chauffantes et de réchauffeurs de fluides.

# Séquence Préhospitalière (1<sup>ers</sup> Secours & SAMU)

## Étape 1: Protéger



Baliser la circulation dans les 2 sens (protection blessé/secours).

## Étape 2: Alerter



**190** (SAMU, SMUR)

Préciser : lieu, type de cinétique (décélération, balistique, etc.), nombre/gravité

## Étape 3: Secourir



Axe tête-cou-tronc respecté

Libération des VAS (PLS si trouble conscience)

Massage cardiaque si ACR

Contrôle hémorragie (compression/garrot).

## Étape 4: Conditionner



Matelas-coquille + minerve rigide

2 VVP gros calibre (18G)

Prévention stricte de l'hypothermie

Monitoring (FR, T°, FC, TA, Glasgow, SpO2, dextro).

## Fluid/Drug Protocol



**Cristalloïdes** (NaCl 0.9%) de choix.  
Supérieurs aux colloïdes (mortalité,  
fonction rénale).



**Sérum Salé Hypertonique 7.5%** (250ml)  
si TC + Choc hémorragique.



**Acide Tranexamique (TXA).**  
Indispensable dans les 3 heures.  
Dose: 1g sur 10 min, puis 1g sur 8 heures.



**Pantalon Antichoc** (Hémorragies sous-  
diaphragmatiques: bassin, abdomen).

## Hemodynamic Target Split

Sans Traumatisme  
Crânien

**A**



Accepting permissive  
hypotension

Avec Traumatisme  
Crânien

**B**



Required to maintain  
cerebral perfusion

# Réanimation Préhospitalière : Neurologie (Prévention des ACSOS)

PAM > 90 mmHg



(PAS 110-120 mmHg)

SpO2 > 92%



ETCO2: 30 - 35 mmHg



(PaCO2 35-40 mmHg)

Hypoxémie

Hypotension  
Artérielle

Les Agressions Cérébrales Secondaires d'Origine Systémique



## Osmothérapie

Mannitol ou Sérum Salé Hypertonique en cas de signes d'engagement cérébral.



## Immobilisation

Tout blessé comateux est suspect de lésion rachidienne cervicale (Collier cervical strict).

# L'Accueil Hospitalier : La Salle de Déchocage (Les 15 Premières Minutes)

**Collier cervical rigide**  
(pas de traction axiale).



**Monitoring continu**  
(ECG, SpO2, PNI puis  
Cathéter artériel rapide).

• **Intubation/Ventilation.**

• **Sonde gastrique**

(⚠ Contre-indiquée par  
voie nasale si traumatisme  
crânien/maxillo-facial).



• **Sonde thermique  
œsophagienne/rectale**

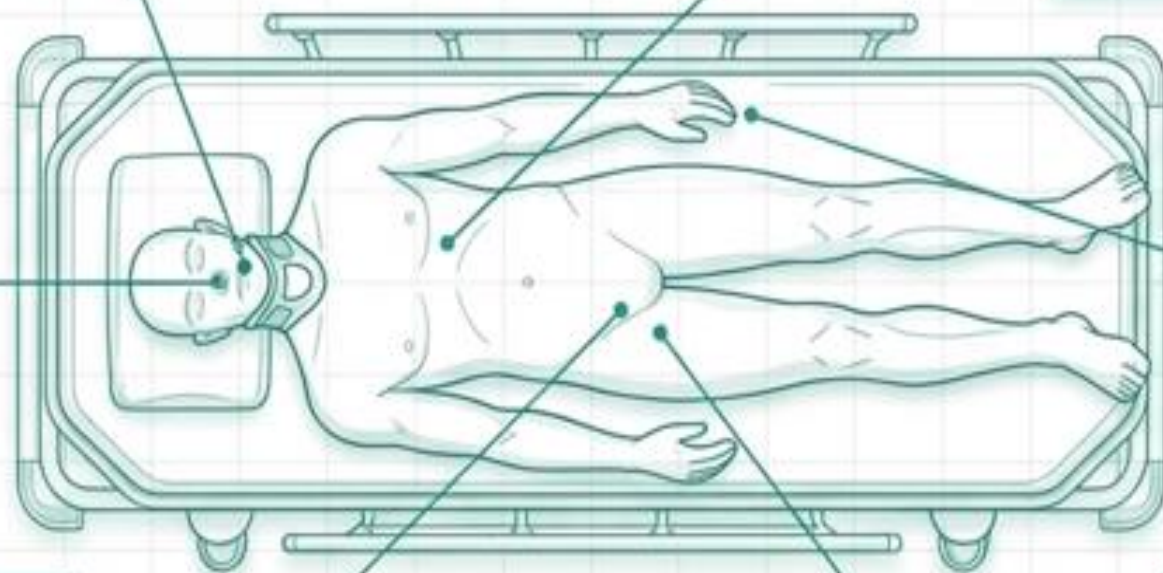
(Prévention vitale de l'hypothermie  
= prévention de la coagulopathie).



**2 Voies Veineuses  
Périphériques gros  
calibre (14-16G) ou  
Jugulaire Externe.**



**Voie Veineuse Centrale  
Fémorale** (⚠ Voie sous-  
clavière strictement  
interdite dans ce contexte).



# La "Golden Hour" Hospitalière (Chronologie Stricte)

**T0 + 15 min**



## Conditionnement

- Vérification VVP  $\pm$  VVC (fémorale).
- Cathéter artériel (fémoral).
- Examen clinique complet (Recherche béance anale au TR = lésion médullaire).

# La "Golden Hour" Hospitalière (Chronologie Stricte)

**T0 + 15 min**



## Conditionnement

- Vérification VVP ± VVC (fémorale).
- Cathéter artériel (fémoral).
- Examen clinique complet (Recherche béance anale au TR = lésion médullaire).

**T0 + 30 min**



## Bilan Initial

- Biologie sanguine complète
- NFS, Hémostase (TP, INR, TCA), Groupage ABO/Rh, RAI.
- Iono, Urée, Créatinine,  $\beta$ -hCG.
- GDS + Lactates artériels.
- Troponine, ECG.
- Toxiques (alcoolémie, etc.).

# La "Golden Hour" Hospitalière (Chronologie Stricte)

**T0 + 15 min**



## Conditionnement

- Vérification VVP ± VVC (fémorale).
- Cathéter artériel (fémoral).
- Examen clinique complet (Recherche béance anale au TR = lésion médullaire).

**T0 + 30 min**



## Bilan Initial

- Biologie sanguine complète et toxiques.
- Imagerie au lit stricte (Radiographie Thorax, Radiographie Bassin, FAST-écho).

**T0 + 60 min**



## Body-Scanner

- Bilan lésionnel complet (cérébral, thoracique, abdominal).
- Condition stricte : Uniquement chez un patient stable. (D'emblée si dispo < 30 min).

Arrivée en SAUV -> Évaluation  
Hémodynamique Initiale

Patient Stable (ou Stabilisé)

**Action:** Transfert direct vers l'imagerie de  
référence.

**Imagerie:** Body-Scanner complet injecté  
(Pan-Scan). C'est le Gold Standard absolu.

Arrivée en SAUV -> Évaluation  
Hémodynamique Initiale

**Patient Instable**

**Action:** Le patient reste sur le brancard.

**Imagerie:** Échographie eFAST (recherche  
d'épanchement Péricarde/Péritoine/Plèvre)  
+ Radio Thorax/Bassin au lit.

**Issue:** Si hémorragie active confirmée ->  
Transfert immédiat au Bloc Opératoire  
(Damage Control).

**Patient Stable (ou Stabilisé)**

**Action:** Transfert direct vers l'imagerie de  
référence.

**Imagerie:** Body-Scanner complet injecté  
(Pan-Scan). C'est le Gold Standard absolu.

Traiter d'abord ce qui tue d'abord.

### Stratégie Ancienne

Remplissage massif par cristalloïdes

Objectif de normotension

Chirurgie anatomique longue

### Stratégie Moderne

Remplissage restreint (éviter cristalloïdes)

Hypotension permissive  
(PAM 60-70 mmHg, sauf TC grave > 90 mmHg)

Transfusion précoce (sang total ou ratio 1:1:1)

Acide Tranexamique (TXA) précoce

Chirurgie écourtée (hémostase/sauvetage)

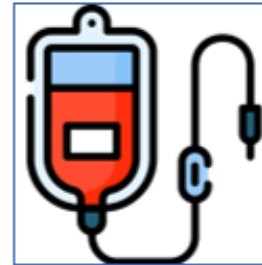
# Transfusion de produits sanguins labiles

**Transfusion massive :**



Recours à la transfusion  
**+4 CGR en 1 h** ou au  
moins **10 CGR par 24h.**

Approche 1:1:1  
CGR/PFC/Plaquettes



**Troubles de l'hémostase doit être prévenue**

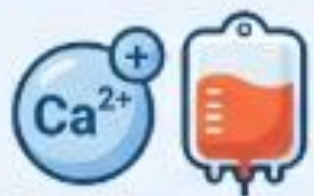
→ Transfusion de **plasma frais congelé (PFC)**, idéalement en même temps **concentrés de globules rouges (CGR)** avec un ratio 1:1 + transfusion **plaquettaire** précoce.

**Posologie:** un PFC/10 Kg et un concentré plaquettaire/10 Kg

## Agents de Stabilisation et Coagulation

### Acide Tranexamique (EXACYL®)

1g en 10 min, puis  
1g/8h, à débiter  
dans les 3h  
post-traumatisme.



### Supplémentation en Calcium

2g de gluconate ou 1g de chlorure,  
à renouveler tous les 6 CGR.



### Administration de Fibrinogène

Dose initiale de 3 à 4 g pour  
les adultes en urgence.

### Objectifs Biologiques & Posologies Pédiatriques Critiques

Paramètre	Cible ou Dose
Calcium (Ca <sup>2+</sup> )	Objectif > 1,1 mmol/l
Fibrinogène (Cible)	Objectif > 1,5 - 2 g/L
Fibrinogène (Enfant)	0,02 à 0,03 g/kg

## Réversion des Anticoagulants (PPSB)

### Protocole pour Traitement AVK



Administer **10 mg de  
vitamine K IV** et **25 UI/kg** de  
PPSB.

### Protocole pour Traitement NACO (Xabans)



**Xarelto®** **Eliquis®**

Utiliser **50 UI/kg de PPSB**  
pour Xarelto® et Eliquis®.

# Tableau de Bord : Objectifs Thérapeutiques

## HÉMODYNAMIQUE & ORGANE



**PAM**

60-70 mmHg si non contrôlé | 80-90 mmHg si contrôlé | >90 mmHg si TC



**Diurèse**

> 1 ml/kg/h



**Température**

36 - 37°C stricte

## OBJECTIFS

### EDC hémorragique sans TC associé



**Hb**  
≥ 7g/dl



**TP**  
> 50%



**Plaquettes**  
≥ 50000



**Fibrinogène\***  
> 1.5 g/L

### EDC hémorragique avec TC associé



**Hb**  
≥ 10g/dl



**TP**  
≥ 70% avec INR < 1.5



**Plaquettes**  
≥ 100000



**Fibrinogène\***  
> 1.5 g/L



## **L'Équipe & La SAUV**

Prise en charge pluridisciplinaire en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Nécessite une répartition stricte des rôles (Leadership clair).



## **Communication Closed-Loop**

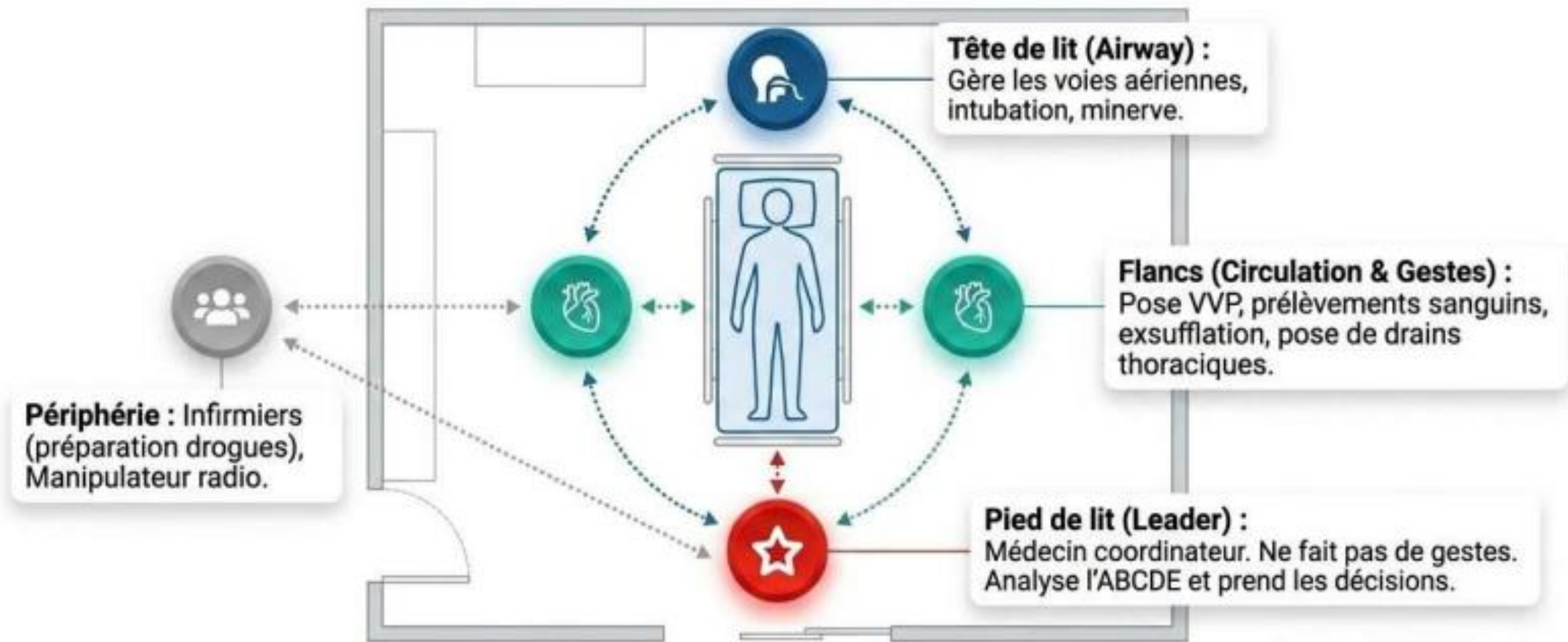
Communication fermée indispensable. Toute commande médicale doit être répétée à voix haute par l'exécutant pour confirmation immédiate.



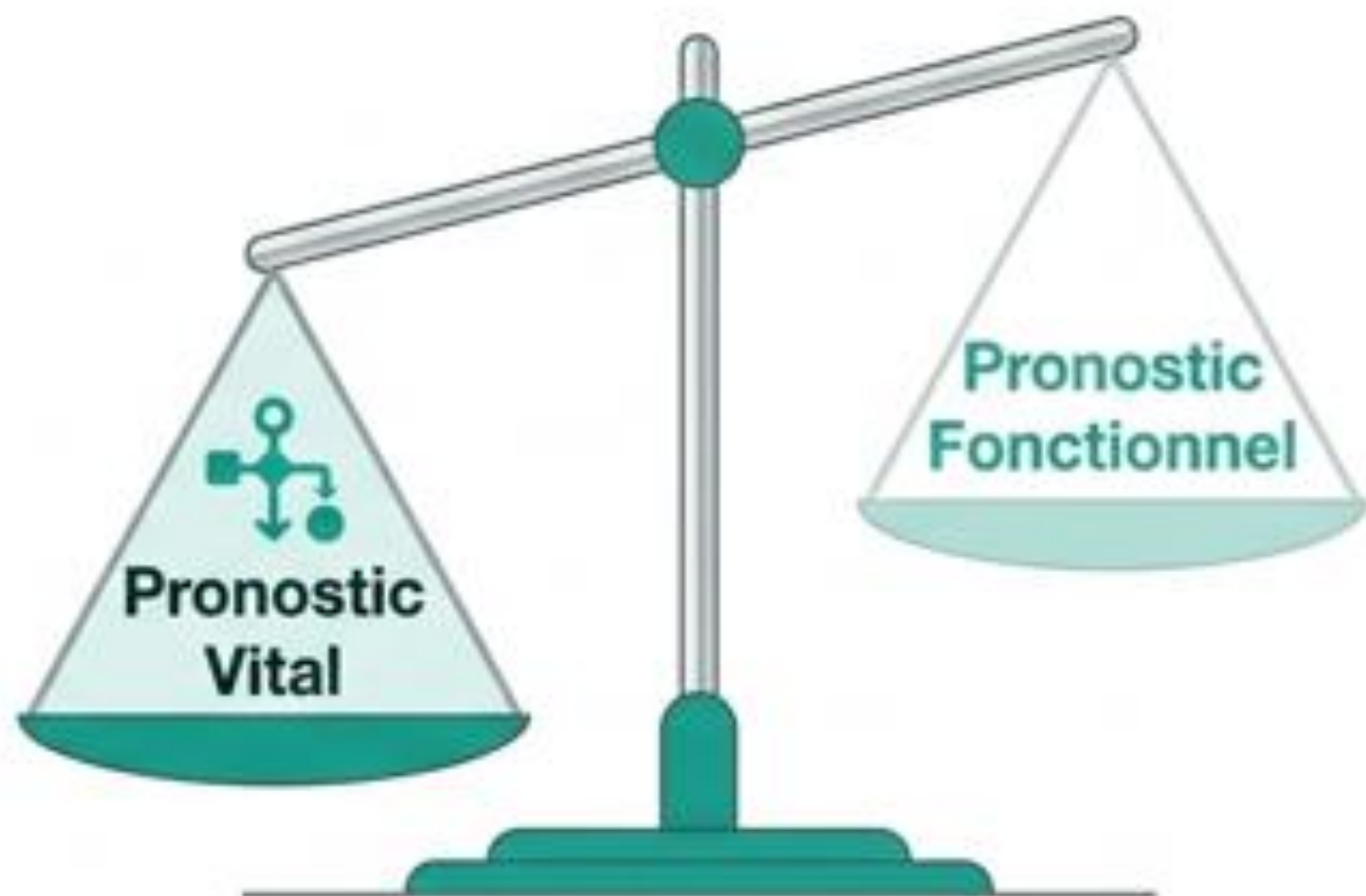
## **Anticipation & Check-lists**

Utilisation systématique des listes (type ATLS) pour éviter l'oubli de lésions cachées. Activation de la Trauma Team dès l'alerte pré-hospitalière.

# Organisation de la Trauma Team



**Principe absolu : Communication en boucle fermée stricte.**



La lésion qui **engage** la **survie immédiate** du patient doit toujours être traitée avant celle qui engage la fonction (ex: sauver le membre).

---

# Pièges Fréquents (Ce qu'il ne faut PAS faire)



## L'Erreur Commune ✘

## La Conséquence / Réalité ⚠

**Erreur :** Remplissage excessif par cristalloïdes.

**Conséquence :** Dilution des facteurs de coagulation, aggravation de l'acidose et de l'hypothermie.

**Erreur :** Attendre l'imagerie pour un pneumothorax suspecté.

**Conséquence :** Arrêt cardiaque par désamorçage (choc obstructif).

**Erreur :** FAST Écho négative faussement rassurante.

**Conséquence :** Méconnaissance d'un saignement rétro-péritonéal massif (fracture bassin).

**Erreur :** Attribuer un trouble de conscience à l'alcool.

**Conséquence :** Retard de diagnostic d'un TCC sévère (HED/HSD).

# Les 4 piliers de la réanimation



## Le Temps Perdu Ne Se Rattrape Pas

Les 15 premières minutes en salle de déchocage déterminent la survie. Les détresses doivent être traitées simultanément.



## La Gravité Se Multiplie

Le polytraumatisme n'est pas une addition de lésions indépendantes. Les lésions s'occulent et s'aggravent mutuellement (1+1=3).



## Rompre le Cercle Vicieux

Le contrôle strict des ACSOS, le réchauffement immédiat (prévention de la coagulopathie) et le ciblage hémodynamique (TC vs. non-TC) sont vitaux.



## L'Exigence Multidisciplinaire

La réussite exige une régulation SMUR parfaite, une équipe SAUV synchronisée et un plateau technique complet 24/24h.

# Take-Home Messages

1

L'approche ABCDE est universelle et sauve des vies.

# Take-Home Messages

1

L'approche ABCDE est universelle et sauve des vies.

2

**L'hémorragie** est la 1<sup>ère</sup> cause de décès évitable. **Contrôlez-la immédiatement.**

# Take-Home Messages

1

L'approche ABCDE est universelle et sauve des vies.

2

**L'hémorragie** est la 1<sup>ère</sup> cause de décès évitable. **Contrôlez-la immédiatement.**

3

La **Triade Létale** (**Hypothermie, Acidose, Coagulopathie**) doit être prévenue à chaque étape.

# Take-Home Messages

1

L'approche **ABCDE** est universelle et **sauve des vies**.

2

**L'hémorragie** est la 1<sup>ère</sup> cause de décès évitable. **Contrôlez-la immédiatement**.

3

La **Triade Létale** (**Hypothermie, Acidose, Coagulopathie**) doit être prévenue à chaque étape.

4

La **réanimation hémostatique précoce** (sang, TXA) **remplace le remplissage massif** aux cristaalloïdes.

# Take-Home Messages

1

L'approche **ABCDE** est universelle et **sauve des vies**.

2

L'**hémorragie** est la 1<sup>ère</sup> cause de décès évitable. **Contrôlez-la immédiatement**.

3

La **Triade Létale** (**Hypothermie, Acidose, Coagulopathie**) doit être prévenue à chaque étape.

4

La **réanimation hémostatique précoce** (sang, TXA) **remplace le remplissage massif** aux cristaalloïdes.

5

Le patient stable peut **décompenser à tout instant**.  
La **réévaluation** doit être **continue**.

**“Treat first  
what kills first.”**

Merci!

A photograph showing five hands of different skin tones holding up large, colorful letters that spell out the word 'Merci!' in French. The letters are: 'M' (blue), 'e' (green), 'r' (red), 'c' (yellow), and 'i' (purple). The hands are positioned below each letter, supporting them from underneath. The background is plain white.