|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 01 G 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Généralités sur les bilans

On entend par le terme de bilan, la phase de recueil d’informa7ons permeFant d’évaluer une situa7on et l’état d’une ou plusieurs vic7mes. La réalisa7on d’un bilan est indispensable à toute ac7on menée par des secouristes.

Le bilan débute dès l’arrivée sur les lieux de l’interven7on et se poursuit pendant toute la durée de l’interven7on. Il doit être rigoureux, structuré et suﬃsamment rapide pour ne pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours.

Sa transmission doit permeFre au médecin régulateur d’évaluer l’état de la ou des vic7mes aﬁn d’adapter sa réponse.

Il est cons7tué de quatre phases qui, bien que présentées de façon individualisée, s’imbriquent le plus souvent les unes dans les autres, dans les faits, et peuvent entraîner l’exécu7on immédiate de gestes de secours directement induits par les informa7ons recueillies. Ainsi, on dis7ngue :

* le bilan circonstanciel qui permet d’apprécier la situa7on dans sa globalité, d’en évaluer les risques et de prendre les mesures adaptées notamment en ce qui concerne la sécurité.
* le bilan d’urgence vitale qui a pour but de rechercher une détresse vitale qui menace immédiatement ou à très court terme la vie de la vic7me et nécessite la mise en œuvre de gestes de secours immédiats ;
* le bilan complémentaire qui permet de rechercher les autres signes d’un malaise, d’une maladie ou d’un trauma7sme, de les transmeFre au médecin et de réaliser les gestes de premiers secours nécessaires ;
* la surveillance qui permet de suivre l’évolu7on de l’état de la vic7me, d’évaluer l’eﬃcacité des gestes de secours eﬀectués et d’envisager, si nécessaire, une modiﬁca7on de sa prise en charge.

Il convient de dis7nguer :

* le bilan qui résulte de l’examen de la situa7on et de la ou des vic7mes ;
* la transmission du bilan qui est un échange verbal, le plus souvent, entre le secouriste et le médecin.

Le bilan fait l’objet de la rédac7on d’un document couramment appelé «ﬁche bilan» qui comporte a minima les informa7ons suivantes :

* les condi7ons dans lesquelles la vic7me a été trouvée ;
* les circonstances de l’accident ou de la détresse ;
* l’iden7té de la vic7me ;
* les horaires d’interven7on ;
* la descrip7on de l’état de la vic7me à l’arrivée des secours ;
* les signes de détresse vitale et leurs évolu7ons au cours de l’interven7on ;
* les gestes de secours dont a bénéﬁcié la vic7me ;
* les traitements et antécédents de la vic7me ;
* le lieu de transport ou structure ayant pris en charge la vic7me ;
* tous les renseignements et éléments pouvant être nécessaires à des soins ultérieurs.

CeFe ﬁche permet la synthèse des informa7ons et une transmission claire et concise à l’autorité médicale à qui le bilan est transmis. Elle doit être actualisée à chaque évènement nouveau au cours de l’interven7on ainsi qu’à la ﬁn de l’interven7on.

Etablie en deux exemplaires, au moins, elle est signée par la personne responsable de la prise en charge de la vic7me. Un exemplaire est remis à la structure d’accueil de la vic7me ou à l’équipe médicale qui prend le relais. Un double doit être conservé par l’autorité d’emploi de l’équipe de secours.

#### Bilan circonstanciel

Le bilan circonstanciel, aussi appelé bilan d’ambiance ou bilan d’approche, est réalisé en quelques secondes. Il cons7tue le temps ini7al de l’ac7on pour recueillir les informa7ons concernant la ou les vic7mes et l’environnement. Il permet d’apprécier la situa7on ainsi que le mécanisme d’un éventuel accident, d’en évaluer les risques et de prendre les mesures adaptées notamment en ce qui concerne la sécurité.

Le bilan circonstanciel permet de répondre aux ques7ons suivantes :

* + Que s’est-­‐il passé ?
  + Existe-­‐t-­‐il un danger ?
  + Combien y a t-­‐il de vic7mes ?
  + Les secours sont-­‐ils suﬃsants pour le moment ?
  + Les informa7ons ini7ales sont-­‐elles correctes ?

Sur la base de ces informa7ons, un certain nombre d’ac7ons sont eﬀectuées :

* + déterminer la nature de l’interven7on ;
  + assurer la sécurité de l’interven7on (protec7on des lieux de l’accident, préven7on du sur-­‐ accident, extrac7on d’une vic7me d’un milieu poten7ellement hos7le) ;
  + iden7ﬁer le nombre, la nature et la localisa7on des vic7mes à prendre en charge ;
  + demander des moyens de secours complé-­‐ mentaires ;
  + compléter et corriger les informa7ons de départ.

#### Bilan d’urgence vitale

Le bilan d’urgence vitale a pour objec7f de rechercher une détresse vitale qui menace immédiatement ou à très court terme la vie de la vic7me (ou des vic7mes) et qui nécessite la mise en œuvre immédiate de gestes de secours, avant toute autre ac7on.

Il est réalisé dès que la sécurité de la zone d’inter-­‐ ven7on est assurée ou simultanément, si les circons-­‐ tances l’exigent.

Au cours du bilan d’urgence vitale, il convient :

* + d’iden7ﬁer une détresse vitale évidente ;
  + d’iden7ﬁer la plainte principale de la vic7me ;
  + de rechercher une détresse vitale moins évidente ;
  + de réaliser les gestes de secours d’urgence ;
  + demander un renfort ou un avis médical.

#### Bilan complémentaire

Après avoir réalisé un bilan d’urgence vitale et débuté la prise en charge d’une éventuelle détresse vitale, le bilan complémentaire permet d’eﬀectuer les gestes de secours face à une vic7me qui présente des signes de malaise, d’aggrava7on d’une maladie ou une ou

plusieurs lésions secondaires à un trauma7sme et de recueillir toutes les informa7ons nécessaires à la demande d’un avis médical.

A l’issue du bilan complémentaire, il convient de :

* réaliser les gestes de secours nécessaires (posi7on d’aFente, pansement, immo-­‐ bilisa7on…) ;
* transmeFre un bilan pour obtenir un avis médical ;
* surveiller la vic7me.

#### Surveillance

Les bilans d’urgence vitale et complémentaire permeFent de déterminer l’état ini7al de la vic7me. Cet état peut toutefois s’aggraver rapidement pendant sa prise en charge ou au contraire s’améliorer.

La surveillance a pour but de rechercher et d’iden7ﬁer toute modiﬁca7on de l’état ini7al d’une vic7me, d’évaluer l’eﬃcacité des gestes de secours eﬀectués et d’envisager si nécessaire une adapta7on de sa prise en charge.

La surveillance débute dès la ﬁn du bilan d’urgence vitale, notamment pour la surveillance des paramètres vitaux et se termine à la ﬁn de la prise en charge. Une aFen7on par7culière doit être apportée après les phases de relevage, de brancardage ou de transport car elles peuvent être génératrices d’aggrava7on.

La surveillance est réalisée par le secouriste ou bien par un inﬁrmier ou un médecin s’il accompagne la vic7me.

#### Transmission du bilan

La transmission du bilan est un compte-­‐rendu, verbal dans un premier temps, de l’interven7on, de l’état de la vic7me et des ac7ons menées. Il est adressé directement ou indirectement à une autorité médicale.

La transmission du bilan permet :

* d’informer de la situa7on rencontrée ;
* de demander du renfort ;
* d’obtenir un avis médical.

Elle permet au médecin de décider de la prise en charge médicale de la vic7me et de son éventuelle hospitalisa7on.

A l’issue de la transmission, la vic7me peut être laissée sur place ou transportée vers une structure de soins, selon la décision du médecin régulateur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 01 B 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Bilan circonstanciel

#### Déterminer la nature de l’intervention

Dès l’arrivée sur les lieux, il convient d’analyser la scène et de rechercher tous les éléments qui peuvent aider à déterminer la nature de l’interven7on (accident, maladie, intoxica7on) et les circonstances de survenue.

S’il s’agit d’un accident, l’analyse du mécanisme (en recherchant les impacts, les points de chocs…) informe sur la nature et la violence du choc. Elle facilite l’examen ultérieur de la vic7me ainsi que la recherche des lésions corporelles et apporte des renseignements essen7els à la prise en charge médicale de la vic7me.

L’ensemble des éléments recherchés est u7le pour assurer, si nécessaire, la sécurité de l’interven7on et la prise en charge de la ou des vic7mes.

CeFe recherche est complétée en interrogeant la vic7me si elle est consciente, son entourage ou les témoins.

#### Assurer la sécurité de l’intervention

L’analyse de la situa7on permet d’iden7ﬁer des risques évidents (véhicules accidentés, structure instable, situa7on violente) ou moins évidents (risque électrique, présence de substances toxiques) pour sécuriser la zone d’interven7on et assurer la sécurité de la ou des vic7mes comme des intervenants.

#### Déterminer le nombre et le type des victimes

Le nombre, l’âge apparent (nourrisson, enfant, adulte, personne âgée), la nature (malade, trauma7sé) et l’état approxima7f des vic7mes (vic7me qui marche, inerte,

qui bouge, qui ne bouge pas) sont déterminés lors de l’évalua7on de la situa7on réalisée en arrivant sur l’interven7on. Parfois, ce recueil nécessite une reconnaissance approfondie des lieux (vic7me éjectée, plusieurs vic7mes dans des lieux diﬀérents, etc).

Le bilan d’urgence vitale de la ou des vic7mes ne commence qu’à l’issue de ceFe évalua7on.

Dans les situa7ons où il y a plus de vic7mes, apparemment graves, que de secouristes présents sur les lieux, il est nécessaire d’appliquer les principes de prise en charge de nombreuses vic7mes qui débute par le repérage secouriste.

#### Demander des moyens de secours complémentaires

Les secours complémentaires doivent être demandés immédiatement, pendant le bilan circonstanciel si les moyens engagés sont insuﬃsants (plusieurs vic7mes, présence d’un danger par7culier, etc).

Dans les situa7ons impliquant de nombreuses vic7mes, la demande de moyens complémentaires doit être eﬀectuée même si le nombre exact ou l’état des vic7mes n’est pas encore connu.

#### Corriger les informations de départ

Le bilan circonstanciel permet de compléter les informa7ons de départ ou éventuellement de corriger des données fausses ou insuﬃsantes. En règle générale, celles-­‐ci se composent à minima de l’adresse de l’événement et de la nature de l’interven7on présumée.

En présence d’une situa7on avec de nombreuses vic7mes, il convient de le préciser explicitement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 01 B 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Bilan d’urgence vitale

Le bilan d’urgence vitale permet d’iden7ﬁer une détresse menaçant à très court terme le pronos7c de la vic7me et de réaliser sans délai les gestes de secours appropriés, avant de poursuivre toute prise en charge.

Il se déroule en trois phases, permeFant successi-­‐ vement :

* + d’identifier une détresse immédiatement vitale ;
  + d’iden7ﬁer une perte de connaissance ou la plainte principale ;
  + de rechercher les signes moins évidents d’une détresse vitale.

Au cours de ce bilan et dès qu’une détresse neurologique, respiratoire ou circulatoire est iden7ﬁée, il faut réaliser les gestes de secours immédiatement nécessaires pour luFer contre celle-­‐ci et demander sans délai un avis médical.

#### Identifier une détresse immédiatement vitale

L’approche de la vic7me et son observa7on permeFent de noter rapidement :

* + sa posi7on (allongée, inerte, assise, debout…) ;
  + le sexe de la vic7me et son âge approxima7f (personne âgée, adulte, enfant, nourrisson) ;
  + son apparence et son environnement immédiat ; Ces éléments permeFent de déterminer s’il s’agit d’une personne vic7me d’un malaise ou

de l’aggrava7on d’une maladie ou si elle a été

vic7me d’un trauma7sme.

Si un trauma7sme du rachis est suspecté, demander à la vic7me de ne pas bouger la tête et en réaliser immédiatement le main7en.

* + l’existence d’une détresse vitale évidente. Ce peut être :
    - une obstruc7on brutale et totale des voies aériennes ;

Il convient, sans délai, de meFre en œuvre les manœuvres de désobstruc7on des voies aériennes adaptées à l’âge de la vic7me.

Ce n’est qu’une fois la désobstruc7on obtenue que l’on poursuit le bilan d’urgence vitale.

* + une hémorragie externe ;

Une technique d’arrêt du saignement, u7lisant des moyens adaptés, doit être réalisée sans délais.

Après avoir obtenu l’arrêt de l’hémorragie, il convient de reprendre le bilan d’urgence vitale.

#### Identifier une perte de connaissance ou la plainte principale

Une perte de connaissance est recherchée au cours de l’examen ini7al de la vic7me en quelques secondes quelle que soit sa posi7on.Elle est caractérisée lorsque la vic7me ne répond pas et n’obéit pas aux ordres simples.Il convient alors de rechercher la présence ou non d’une respira7on. Pour cela :

* la retourner sur le dos, si elle est allongée sur le ventre ;

En cas de suspicion de trauma7sme du rachis ou dans le doute, le retournement de la vic7me est eﬀectué, dans la mesure du possible, par deux secouristes.

* libérer les voies aériennes ;
* rechercher la présence de la respira7on.

Si la respira7on est présente, adopter la procédure face à une perte de connaissance.

Si la respira7on est absente ou anormale (gasps), adopter la procédure face à une vic7me en arrêt cardiaque.

L’iden7ﬁca7on de la plainte principale, s’eﬀectue en présence d’une vic7me consciente, qui a souvent tendance à l’exprimer spontanément.

S’il convient de la prendre en compte, car elle oriente le bilan complémentaire, il ne faut pas que son analyse se subs7tue à la recherche d’une détresse vitale moins évidente qu’elle pourrait masquer.

#### Rechercher les signes moins évidents d’une détresse

En présence d’une vic7me consciente, il convient de rechercher des signes d’altéra7on d’une ou plusieurs fonc7ons vitales, dont l’évolu7on peut se faire très rapidement vers une aggrava7on.

Ces signes doivent être également recherchés chez une vic7me ayant perdu connaissance et qui respire, après l’avoir installée en PLS.

* + Rechercher une altéra7on de la fonc7on neurologique

L’évalua7on de la fonc7on neurologique est réalisée en appréciant l’état de conscience, l’état des pupilles, la sensibilité et la motricité de la vic7me et en recherchant une perte de connaissance passagère.

A l’état normal, une vic7me est consciente lorsqu’elle répond de façon cohérente ou réagit quand on lui parle ou quand on la s7mule délicatement, se souvient de ce qui s’est passé et n’a pas présenté de perte de connaissance, présente des pupilles symétriques et réac7ves à la lumière du jour, bouge les doigts ou les orteils à la demande.

Dans le cas contraire, la vic7me présente une détresse neurologique.

* + Rechercher une altéra7on de la fonc7on respiratoire

L’évalua7on de la respira7on est faite en observant la vic7me, en comptant la fréquence des mouvements respiratoires, en appréciant l’amplitude et la régularité de la respira7on et en examinant sa peau et ses muqueuses. En

complément de l’évalua7on de la respira7on, la mise en place d’un oxymètre de pouls peut permeFre la mesure de la satura7on pulsa7le en oxygène.

A l’état normal, la vic7me ne présente aucune diﬃculté pour respirer et ne fait pas d’eﬀort par7culier. La fréquence des mouvements respiratoires est normale, la respira7on est silencieuse, régulière, sans pause et symé-­‐ trique, la peau est sèche et les muqueuses normalement colorées (rose).

Dans le cas contraire, la vic7me présente une détresse respiratoire.

* Rechercher une altéra7on de la fonc7on circulatoire

L’évalua7on de la circula7on est réalisée en chiﬀrant le pouls, en appréciant son amplitude et sa régularité, en examinant la peau et les muqueuses de la vic7me et éventuellement en mesurant la pression artérielle et le temps de recolora7on cutanée (TRC) du lit de l’ongle des doigts.

A l’état normal, le pouls est facilement percep7ble aussi bien au niveau du cou qu’au niveau du poignet, la fréquence cardiaque est normale, la peau de la vic7me est chaude et sèche au toucher, la peau et les muqueuses sont normalement colorées (rose), la pression artérielle est facile à mesurer et le TRC inférieur à trois secondes.

Dans le cas contraire, la vic7me présente une détresse circulatoire.

A l’issue du bilan d’urgence vitale et dès que les gestes de secours sont entrepris, le bilan se poursuit par sa par7e complémentaire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 01 B 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Bilan complémentaire suite à un malaise ou l’aggravation d’une maladie

Devant une personne qui présente un malaise ou des signes d’aggrava7on d’une maladie, il convient :

* + d’interroger la vic7me aﬁn de pouvoir :
    - analyser les plaintes exprimées ;
    - rechercher ses antécédents.
  + d’examiner la vic7me pour iden7ﬁer des signes visibles de malaise ou de maladie.

#### Interrogatoire de la victime

La plainte principale a été iden7ﬁée au cours du bilan d’urgence vitale. Elle a été exprimée spontanément par la vic7me, ou à la demande des secours.

* + Faire conﬁrmer les plaintes exprimées par la vic7me.

L’expression de ceFe plainte est le plus couramment :

* + - une sensa7on pénible avec angoisse, souvent exprimée par les mots suivants :

« je ne me sens pas bien, je me sens très mal, je vais mourir… » ;

* + - une douleur, fréquemment rencontrée lors d’un malaise ou d’une maladie ;
    - des troubles diges7fs comme des nausées, des vomissements, une diarrhée ;
    - des troubles de la vue voire une perte de la vision uni ou bilatérale ;
    - un trouble de l’audi7on ou de l’équilibre (ver7ges) qui peuvent avoir causé la chute de la vic7me et parfois créé des lésions trauma7ques ;
    - une faiblesse extrême, la vic7me est abaFue, ne se déplace pas ;
    - des troubles de la motricité et de la sensibilité, la vic7me déclarant qu’elle ne peut réaliser certains gestes, qu’elle ne peut plus bouger ou qu’elle ne sent plus son bras ou sa jambe.

Il convient de prendre le temps d’écouter la vic7me et ne pas chercher à interpréter ce qu’elle dit. Si elle a des diﬃcultés à s’exprimer (problème de langage, gêne respiratoire), le

secouriste peut demander à l’entourage ce qu’il s’est passé. Toutefois, il est préférable de demander à la vic7me de s’exprimer directement.

S’il s’agit d’un sujet aFeint d’une maladie connue, il faut faire préciser à la vic7me ou à son entourage quels sont les signes nouveaux qui pourraient traduire une aggrava7on de la maladie.

Le secouriste doit noter les plaintes exprimées par la vic7me pour ne pas les oublier et pour faciliter la transmission. Il est important que ces notes reprennent les mots de la vic7me et de men7onner si c’est une autre personne qui a fourni les informa7ons.

* Analyser les plaintes exprimées

Chaque plainte exprimée, comme la douleur, est analysée en faisant préciser à la vic7me ou à son entourage :

* + les circonstances de survenue ou le facteur déclenchant ;
  + les caractéris7ques du trouble ressen7 ;
  + sa localisa7on ;
  + l’intensité du trouble et son évolu7on ;
  + la durée.

L’analyse de ces plaintes donne des informa-­‐ 7ons essen7elles qui permet d’iden7ﬁer des malaises ou des maladies poten7ellement graves. Elles doivent être communiquées à un médecin lors de la transmission du bilan ou lors de la prise en charge de la vic7me par une équipe médicale.

* Rechercher les antécédents et les traitements médicaux en cours

Demander à la vic7me ou à son entourage quels sont ses antécédents et si elle prend habituellement des médicaments (si possible, récupérer une ordonnance en cours de validité), si elle présente une allergie connue ou à fait l’objet d’une hospitalisa7on.

#### Examen la victime

L’examen de la vic7me se fait après la phase d'interrogatoire de celle-­‐ci. Il permet de rechercher les signes visibles.

Pour cela, il convient de regarder en premier les par7es du corps pour lesquelles la vic7me se plaint de douleur ou de sensa7ons par7culières et de retranscrire toutes les anomalies constatées.

Certaines de ces manifesta7ons traduisent une aFeinte du cerveau et doivent être recherchées systéma-­‐ 7quement car elles ne s’accompagnent pas de douleur ni de sensa7ons par7culières. On recherche en par7culier une asymétrie de l’expression faciale, une anomalie de la mobilité des membres supérieurs ou une anomalie de la parole.

Si le secouriste a constaté lors du bilan d’urgence vitale une anomalie de la température de la vic7me (vic7me anormalement chaude ou froide), il peut à ce moment-­‐ là, mesurer la température de la vic7me s’il est équipé d’un thermomètre adapté.

A l’issue du bilan complémentaire :

* + réaliser les gestes de secours nécessaires (posi7on d’aFente, pansement, immobi-­‐ lisa7on…) dans l’aFente d’un renfort ou d’une mise en condi7on de transport de la vic7me (immobilisa7on, relevage, installa7on sur un brancard…) ;
  + transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
  + surveiller la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 01 B 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Bilan complémentaire suite à un traumatisme

Devant une personne vic7me d’un trauma7sme, il convient :

* + - d’interroger la vic7me aﬁn de pouvoir :
      * rechercher le mécanisme de l’accident ;
      * analyser les plaintes exprimées ;
      * rechercher ses antécédents.
    - d’examiner la vic7me pour iden7ﬁer des signes visibles de trauma7sme.

#### Interrogatoire de la victime

La plainte principale a été iden7ﬁée au cours du bilan d’urgence vitale. Elle a été exprimée spontanément ou à la demande du secouriste, par la vic7me.

* + - Rechercher le mécanisme de l’accident

Les informa 7ons recueillies, lors de l’interrogatoire de la vic7me et des témoins, permeFent de compléter celles relevées lors du bilan circonstanciel et facilitent l’examen ou la recherche d’une lésion et apportent des renseignements essen7els à la prise en charge médicale de la vic7me.

Un choc, une décéléra7on brutale, une chute, un faux mouvement, le contact avec un objet tranchant ou contondant, le contact avec un liquide chaud sont les principales causes des lésions trauma7ques.

La violence du choc générateur des lésions est appréciée et doit faire rechercher et suspecter des lésions sérieuses comme une aFeinte de la colonne vertébrale ou des organes internes. En par7culier :

* + - * lors d’une chute d’une hauteur supérieure à la taille de la vic7me ;
      * lors d’une explosion ;
      * lors d’une collision entre véhicules ;
      * lorsqu’une vic7me a été éjectée d’un véhicule ou renversé par celui-­‐ci ;
      * en présence d’autre(s) blessé(s) grave(s) ou décédé(s) ;
      * chez une vic7me qui présente une détresse vitale.

Le risque d’une aFeinte trauma7que grave, comme d’une aFeinte de la colonne vertébrale, est majoré chez l’enfant de moins de trois ans ou l’adulte de plus de 65 ans ainsi que chez les personnes poten7ellement sous l’emprise d’alcool ou de substances toxiques.

Le mécanisme de l’accident permet de rechercher ou de suspecter des lésions. Ces informa7ons doivent être retranscrites.

Ainsi, suite à un accident de la circula7on, il convient de préciser si le choc était frontal, latéral ou arrière, si la vic7me était porteuse d’une ceinture de sécurité ou d’un casque et si l’airbag s’est déclenché.

Lors d’une chute, il faut préciser sa hauteur et sur quoi la vic7me est tombée.

* Analyser les plaintes exprimées

Les plaintes et la douleur exprimées par la vic7me doivent faire l’objet d’une analyse. Elles donnent des informa7ons essen7elles qui doivent être communiquées lors de la transmission du bilan et lors de la prise en charge de la vic7me par une équipe médicale.

Ainsi, l’impossibilité de bouger un ou plusieurs membres et la présence de sensa7ons par7culières comme des fourmillements ou des décharges électriques dans les membres, font suspecter une aFeinte des nerfs ou de la moelle épinière.

* Rechercher les antécédents et les traitements médicaux en cours

Demander à la vic7me ou à son entourage quels sont ses antécédents et si elle prend habituellement des médicaments (si possible, récupérer une ordonnance en cours de validité).

La connaissance des antécédents peut aider le personnel médical à la prise en charge du blessé et éviter certaines mesures qui pourraient meFre en danger la vic7me.

#### Examen de la victime

L’examen de la vic7me permet de rechercher des signes de trauma7smes.

Une palpa7on de la vic7me « de la tête aux pieds » permet de relever les points douloureux, parfois non exprimés.

Si le trauma7sme a été violent ou si la vic7me trauma7sée présente un trouble de la conscience, le main7en tête ainsi que la pose d’un collier cervical

doivent être réalisés, si possible, avant de rechercher les lésions.

A l’issue du bilan complémentaire :

* + réaliser les gestes de secours nécessaires (posi7on d’aFente, pansements, immobi-­‐ lisa7on…) dans l’aFente d’un renfort ou d’une mise en condi7on de transport de la vic7me (immobilisa7on, relevage, installa7on sur un brancard…) ;
  + transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
  + surveiller la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 01 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Surveillance de la victime

Lors de la surveillance d’une vic7me, il convient de :

* + - apprécier toute modiﬁca7on de son état de conscience en lui parlant;
    - la réconforter en lui expliquant ce qui se passe ;
    - rechercher une modiﬁca7on de ses plaintes ;
    - noter toute modification de l’aspect de sa peau ;
    - contrôler régulièrement la qualité des fonc7ons respiratoire (FR, SpO2) et cardiaque (FC, TA) et noter toute appari7on de signes de détresse.

Si l’état de la vic7me s’aggrave, un nouveau bilan doit être eﬀectué, les gestes de secours adaptés réalisés et un avis médical demandé.

L’eﬃcacité des gestes de secours réalisés est aussi contrôlée régulièrement : arrêt des hémorragies, reprise de la respira7on, qualité d’une immobilisa7on, protec7on contre le chaud, le froid...

Si l’aggrava7on de l’état de la vic7me ou l’appari7on d’une détresse vitale survient au cours du transport, ce dernier doit impéra7vement être interrompu.

Le médecin régulateur, en fonc7on du type d’aggrava7on et des éléments qui lui sont fournis décide des suites à donner.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 01 T 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Transmission du bilan

La transmission du bilan s’eﬀectue à l’aide des moyens et selon les procédures en vigueur entre l’autorité employant les intervenants et l’autorité médicale à laquelle le bilan est transmis.

CeFe transmission doit être concise, complète, structurée, logique et présentée de façon chrono-­‐ logique.

#### La situation nécessite immédia- tement des moyens en renfort

* + - TransmeFre le bilan circonstanciel ;

Ce bilan précise la nature de l’interven7on et doit être par7culièrement descrip7f de la situa7on lorsque des moyens de secours par7culiers sont demandés.

* + - demander les moyens supplémentaires néces-­‐ saires ;
    - corriger éventuellement les informa7ons de départ erronées.

#### La victime présente une urgence vitale, la médicali- sation ne fait pas de doute

* + - TransmeFre sans délai une demande de moyen médical en renfort, mo7vée par la constata7on d’une ou plusieurs détresses vitales.

En par7culier préciser :

* + la nature de l’interven7on ;
  + le mo7f de la demande du renfort médical ;
  + le sexe et l’âge de la vic7me ;
  + corriger éventuellement les informa7ons de départ erronées.

Ultérieurement, dans les meilleurs délais, compléter par la transmission d’un bilan complet.

#### La victime ne présente pas de détresse évidente

Après la réalisa7on du bilan complémentaire, transmeFre la totalité du bilan de façon concise et ordonnée. Pour cela, il convient d’indiquer :

* + le mo7f réel de l’interven7on ;
  + le sexe et l’âge de la vic7me ;
  + la plainte principale ;
  + le résultat du bilan d’urgence vitale ;
  + le résultat du bilan complémentaire ;
  + les gestes de secours entrepris.

## Protection et sécurité

VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 02 | P | 01 | Protec7on individuelle de l’intervenant | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 02 | S | 01 | Sécurité sur interven7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 02 | P | 05 | Protec7on d'un accident électrique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 02 | P | 04 | Protec7on d’un accident de la route | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 02 | P | 01 | Protec7on contre le monoxyde de carbone | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 02 | P | 03 | Protec7on contre l’incendie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 02 | P | 02 | Protec7on contre les substances dangereuses | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 02 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Protection individuelle de l’intervenant

#### Equipement de protection individuelle

Ces mesures de protec7on passent par l’applica7on des précau7ons *standards* et *par(culières* pour luFer contre les infec7ons.

Simple, léger et eﬃcace, l’équipement de protec7on

individuelle doit par7ciper et favoriser à la sécurité de l’intervenant. En fonc7on des missions, il comprend :

* + - une paire de gants à usage unique, pour prévenir le risque de transmission par les mains, de germes dangereux ;
    - un masque de poche, pour permeFre la réalisa7on d’une ven7la7on ar7ﬁcielle en cas d’absence de matériel adéquat ;
    - des bandes réﬂéchissantes sur les vêtements ou sur une chasuble, pour améliorer la visibilité du secouriste, notamment la nuit ;
    - des gants de manuten7on, pour se protéger du risque de plaies des mains lors de manipula7on d’objets tranchants ;
    - un blouson adapté en cas de condi7ons clima7ques diﬃciles, et éventuellement, un casque de protec7on si le secouriste intervient au cours d’accident de la circula7on, de chan7er ;
    - une lampe de poche ou frontale pour travailler en sécurité dans l’obscurité.

#### Protection contre la contamination

Protection contre les objets perforants

Il est fréquent de rencontrer des objets perforants (tranchants ou piquants) sur une interven7on : débris de verre, métal tranchant, aiguille non protégée…

Les gants à usage unique protègent l’intervenant d’une contamina7on par du sang mais nullement du risque de plaie par un objet perforant. Il doit déposer les objets tranchants ou piquants dans les boites de recueil des déchets d’ac7vité de soins.

Devant des débris de verre ou autres objets perforants, il doit meFre des gants épais de manuten7on et veiller à ne pas se blesser ou à ne pas blesser accidentellement un 7ers.

#### Protection lors des manœuvres de réanimation

Même si le risque de transmission par la salive est très faible, il faut éviter d’u7liser une méthode orale directe de ven7la7on ar7ﬁcielle (bouche-­‐à-­‐bouche, bouche-­‐à-­‐ nez) si l’on dispose d’un moyen de ven7la7on (insuﬄateur manuel, masque de poche ou écran facial).

Aﬁn de comprendre comment les mesures de

protec 7on peuvent diminuer les r isques de contamina7on, il est nécessaire de connaître les modes de pénétra7on d’un germe dans l’organisme pour l’envahir. C’est ce que l’on appelle le mécanisme de transmission.

L’objec7f des techniques de protec7on u7lisables par les intervenants est d’interrompre ce mécanisme de transmission et de diminuer les risques que le secouriste a d’entrer en contact avec les germes dangereux.

Pour être eﬃcace, il est indispensable que ces techniques soient u7lisées, chaque fois qu’une vic7me est prise en charge. En eﬀet, il est impossible de dire si une personne, même apparemment saine, est porteuse ou non d’une maladie infec7euse.

#### Vaccination

Même si l’on est contaminé par un agent infec7eux, le développement de la maladie n’est pas obligatoire, notamment si l’organisme est immunisé ou résistant à cet agent. Un des moyens d’acquérir ceFe résistance est la vaccina7on.

La vaccina7on consiste à injecter dans l’organisme tout ou par7e de l’agent infec7eux tué ou aFénué et permeFre ainsi à son propre système immunitaire de développer une résistance spéciﬁque. Comme ceFe résistance peut s’aFénuer avec le temps, il est nécessaire, pour certains vaccins, de renouveler la vaccina7on à intervalle régulier, c’est le « rappel ».

Un certain nombre de vaccina7ons est recommandé pour le secouriste, en règle général par le service médical de l’autorité d’emploi de l’intervenant. Ce même service peut recommander ou eﬀectuer d’autres vaccina7ons qu’il juge nécessaire.

Il n’existe pas de vaccina7on pour chaque germe existant, c’est pourquoi les méthodes de protec7on décrites ci-­‐dessus sont indispensables.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 02 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Sécurité sur intervention

Lors du bilan circonstanciel, il convient de reconnaitre les dangers. Pour cela :

* + - eﬀectuer une approche prudente de la zone de l’accident ;
    - se renseigner, éventuellement auprès des témoins ;
    - regarder autour de la vic7me, en restant à distance d’elle pour :
      * évaluer la présence de dangers qui peuvent menacer la victime comme les intervenants ;
      * repérer les personnes qui pourraient être exposées aux dangers iden7ﬁés et le nombre de vic7mes.

En fonc7on de ceFe première analyse de la situa7on, les intervenants doivent :

* + supprimer immédiatement et de façon perma-­‐ nente, si possible, les dangers environnants pour se protéger et protéger la vic7me et les autres personnes, notamment du suraccident ;

En cas d’impossibilité, réaliser un dégagement d’urgence.

* + délimiter clairement, largement et visiblement la zone de danger et empêcher toute intrusion dans ceFe zone.

Pour réaliser la protec7on, ils u7lisent tous les moyens matériels dont ils peuvent disposer et s’assurent si besoin du concours de toute autre personne qui pourrait apporter une aide dans la mise en œuvre de ceFe protec7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 02 P 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Protection d’un accident électrique

Pour faire face à ce risque, il convient de :

* + - s’assurer que la vic7me n’est pas en contact direct ou indirect (eau) avec un conducteur endommagé (ﬁl électrique, appareils ménagers sous tension…) ou un câble électrique de haute tension au sol ;

Si c’est le cas, faire écarter immédiatement les personnes présentes et leur interdire de toucher la vic7me.

* + - couper le courant (disjoncteur) et débrancher l’appareil en cause, si possible ;

En cas d’impossibilité, demander l’interven7on d’une personne qualiﬁée pour réaliser ceFe coupure.

* + - ne pas s’approcher ou toucher la vic7me avant d’être certain que l’alimenta7on est coupée1.

1 Les matériaux, tel que le bois humide ou les vêtements, ne procurent aucune protection contre le courant électrique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 02 P 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Protection d’un accident de la route

Si les intervenants sont en véhicules, il convient de :

* allumer les feux de détresse de son véhicule dès qu’il approche du lieu de l’accident et ralen7r ;
* garer son véhicule, si possible après le lieu de l’accident, sur la bande d’arrêt d’urgence lorsqu’elle existe ;
* meFre un gilet de sécurité haute visibilité, avant même de quiFer le véhicule.

Dans tous les cas, pour éviter un suraccident, il convient de :

* + baliser ou faire baliser de part et d’autre de l’accident, à une distance de 150 à 200 m, à l’aide d’un triangle de pré-­‐signalisa7on ou d’une lampe électrique, d’un linge blanc, de feux de détresse du véhicule ;
  + interdire toute approche si un danger persiste (ex. : fuite de ma7ères dangereuses) ;
  + ne pas fumer et ne pas laisser fumer ;
  + en présence d’un feu naissant dans un compar7ment moteur, u7liser un ex7ncteur ;
  + couper le contact de chaque véhicule accidenté, si possible ;
  + serrer le frein à main, si possible, et caler le véhicule.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 02 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Protection contre le monoxyde de carbone

Pour faire face à ce risque1, il convient de :

* évacuer les vic7mes valides, si possible ;
* aérer largement la (les) pièce(s) ;

Dans ce cas, il s’engage dans la pièce en retenant sa respira7on.

* rechercher un appareil à gaz ou tout autre cause de dégagement de CO (brasero, appareil à moteur à essence, gaz d’échappement de voiture en milieu clos…) ;
* interrompre le fonc7onnement de l’appareil ;
* alerter immédiatement les sapeurs-­‐pompiers qui ont, notamment, des détecteurs de ce gaz.

1 Dans un endroit fermé, où plusieurs personnes présentent des signes communs de malaises avec des maux de tête et des vomissements, une intoxication par libération de monoxyde de carbone doit être suspectée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 02 P 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Protection contre l’incendie

Pour faire face à ce risque1, il convient de :

* éviter un départ de feu et limiter son extension, pour cela :
  + alerter immédiatement les sapeurs-­‐ pompiers ;
  + faire évacuer toutes les personnes exposées. A cet eﬀet :
    - ac7onner l’alarme, si elle est présente ; En l’absence, donner l’alerte à la voix.
    - guider les occupants vers les issues de secours ;
    - faciliter l’évacua7on des animaux, si possible ;
  + fermer chaque porte derrière soi au cours de son déplacement ;
  + ne jamais u7liser les ascenseurs ou monte-­‐ charges ;
  + ne pas s’engager dans un escalier enfumé.
* se protéger lors de l’évacua7on et d’un l’incendie. Pour cela :
  + u7liser ses vêtements pour se couvrir le visage et les mains ;
  + ne pas pénétrer dans un local en feu, en l’absence de matériel de protec7on adapté.

#### En présence d’une victime dans un local enfumé et non ventilé

* Procéder à son dégagement en urgence :
  + si elle est visible ;
  + si la durée envisagée de la manoeuvre n’excède pas trente secondes2.
  + en retenant sa respira7on, uniquement. Dans le cas contraire en informer immédia-­‐ tement les sapeurs-­‐pompiers.

#### En cas de fuite de gaz, avérée ou suspectée, dans un local

* Ne pas pénétrer dans le local ;
* rester à distance ;
* empêcher l’accès ;
* ne pas provoquer d’é7ncelles (interrupteurs, sonnerie, lampe de poche).

En présence d’une vic7me dont les vêtements sont en feu :

* immobiliser la vic7me qui panique ou qui s’agite ;
* allonger la vic7me sur le sol ;
* étouﬀer les ﬂammes en la roulant au sol avec une couverture, un manteau, ou un tapis3 que l’on re7re dès que les ﬂammes sont éteintes.

1. Un incendie crée une atmosphère dangereuse du fait de la chaleur, du manque d’oxygène et de la présence de fumées toxiques. Il peut être générateur de brûlures et d’intoxications graves.

Pour être allumé et entretenu, un feu a besoin d’un combustible (essence, bois, tissus…), d’une source de chaleur (étincelle, flamme) et d’oxygène (air).

1. En l’absence d’équipement adéquat, le sauveteur est contraint de réaliser son sauvetage en apnée. Il est fort probable qu’il soit contraint de reprendre sa respiration dans la trentaine de secondes suivant. Il mettrait alors sa vie en péril s’il était encore dans les fumées.
2. En milieu professionnel, il est possible d’utiliser un extincteur approprié (de couleur verte).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 02 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Protection contre les substances dangereuses

Pour faire face à ce risque1, il convient de :

* + rester à distance de la fuite ou de la ma7ère dangereuse ;
  + écarter les témoins de la scène ;
  + interdire de fumer ;
  + rester en amont de l’accident par rapport au vent pour se protéger des émana7ons qui peuvent agir à distance de l’accident ;
  + alerter immédiatement les sapeurs-­‐pompiers et leur indiquer éventuellement si le véhicule en cause est porteur d’un panneau de danger signalant des toxiques.

1 La libération de substances dangereuses ou la fuite de produit toxique est le plus souvent rencontrée à la suite d’un accident de la circulation touchant un véhicule qui transporte des matières dangereuses ou à la suite d’un accident industriel.

La présence d’une odeur particulière ou de fumées est signe de cette émanation.

## Hygiène et asepsie

VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 03 | A | 01 | Accident d’exposi7on à un risque viral | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 03 | A | 01 | Accident d'exposi7on à un risque viral | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 03 | R | 01 | Risque infec7eux | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 03 | P | 02 | Précau7ons *standards* contre le risque infec7eux | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 03 | P | 01 | Précau7ons *par(culières* contre le risque infec7eux | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 03 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accident d’exposition à un risque viral

#### Définition

Un accident d’exposi7ons à un risque viral est déﬁni comme toute exposi7on percutanée (par piqûre ou coupure) ou tout contact direct sur une peau lésée ou des muqueuses (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique souillé par du sang.

#### Causes

On déﬁnit par liquides biologiques, tous les éléments liquides issus du corps humain comme le sang, la salive, les urines, les vomissures, le liquide amnio7que, le liquide céphalo-­‐rachidien...

Le risque de transmission a été prouvé pour les trois virus VIH, VHB et VHC par le sang et les liquides biologiques contenant du sang. En revanche, le risque est considéré comme nul pour les urines et les selles, sauf si elles con7ennent du sang. Ce sont alors des liquides biologiques à risque prouvé.

Le sperme et les sécré7ons vaginales présentent un risque de transmission intrinsèque pour les virus VIH, VHB, VHC.

Les risques avec la salive sont faibles. Cependant, dès que la salive con7ent du sang (gencives fragiles, trauma7sme facial) il s’agit alors d’un liquide biologique à risque prouvé.

#### Risques & Conséquences

En dehors de toute maladie, le sang est normalement stérile. Toutefois, le sang ainsi que les liquides

biologiques peuvent véhiculer des agents infec7eux divers comme les bactéries, les champignons, les parasites, les virus.

Pour la plupart de ces agents, on dispose de médicaments an7-­‐infec7eux eﬃcaces. En revanche, pour les virus concernés dans l’accident d’exposi7on au sang (VIH, VHB, VHC), il y a peu de traitement cura7f.

Les risques sont plus importants lors d’une eﬀrac7on cutanée par un objet piquant, tranchant ou coupant que par un simple contact avec la peau ou les muqueuses.

Il convient de ne pas négliger le risque lié à une projec7on de sang dans les yeux.

#### Signes

Un accident d’exposi7on à un risque viral doit être suspecté si :

* une coupure ou une piqûre s’est produite avec un objet ayant été en contact avec un liquide biologique contaminé par du sang (vomis-­‐ sements, sécré7ons oropharyngées).
* du sang ou un liquide biologique contenant du sang est projeté sur une muqueuse, en par7culier les yeux et la bouche, ou sur une peau lésée (lésions non cicatrisées, maladies de la peau.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de réaliser immédiatement les soins adaptés en cas d’accident d’exposi7on à un risque viral avéré.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 03 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accident d’exposition à un risque viral

Dès constata7on d’un accident d’exposi7on à un risque viral :

* + interrompre l’ac7on de secours en cours, si possible ;
  + se faire relayer.

S’il s’agit d’une plaie :

* + ne pas faire saigner ;
  + neFoyer immédiatement, à l’eau courant et au savon, puis rincer ;
  + réaliser l’asepsie, en assurant un temps de contact d’au moins cinq minutes, à l’aide :
    - d’un dérivé chloré stable (soluté de Dakin) ;
    - d’un dérivé chloré fraichement préparé (solu7on d’eau de Javel à 9° chlorométrique diluée au 1/5ème) ;
    - à défaut, d’un an7sep7que à large spectre (produits iodés, par exemple).

En revanche, il convient de ne pas u7liser les produits pour traitement hygiénique des mains par fric7on.

En cas de projec7on sur les muqueuses, en par7culier au niveau de la conjonc7ve :

* rincer abondamment, durant au moins cinq minutes avec :
  + de préférence avec un soluté isotonique (sérum physiologique) ;
  + à défaut de l’eau.

Après la réalisa7on de ces soins immédiats rendre compte sans délai à son autorité d’emploi aﬁn de :

* poursuivre la procédure de soins ;
* réaliser les formalités administra7ves obliga-­‐ toires.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 03 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Risque infectieux

#### Principes de transmission des maladies infectieuses

Une infec7on est la conséquence de la pénétra7on dans l’organisme d’un nombre suﬃsant d’agents (bactérie, virus, champignon, parasite) pour être pouvoir y proliférer par mul7plica7on. L’infec7on peut s’accom-­‐ pagner, après un temps d’incuba7on variable, de signes cliniques. Elle peut rester mueFe. On parle alors de porteur sain.

Des agents infec7eux sont présents, naturellement ou excep7onnellement, dans l’environnement. On peut les meFre en évidence dans l’air, sur des objets, dont les instruments u7lisés pour les soins, dans les aliments ou à leur surface (souillure), dans le derme de la peau des mains ou à leur surface. Une personne (vic7me, secouriste), peut représenter un réservoir d’agents infec7eux.

Les germes se transmeFent de diﬀérentes façons :

* + par contact.

C’est la voie la plus importante de transmission des microorganismes. Le réservoir principal est l’être humain. Donc, tout contact avec une vic7me poten7ellement infectée ou conta-­‐ minée (peau, sang, liquides biologiques), ou avec des matériels des surfaces souillées ou des déchets d’ac7vité de soins, présente un danger. Dans la plupart des cas, les mains sont le vecteur.

* + par les gouFeleFes de « Pﬂugge ».

Ce sont de ﬁnes gouFes d’eau ou de salive (pos7llons) émises en expirant, en parlant ou en toussant. Elles con7ennent des micro-­‐ organismes présents dans les voies aériennes et diges7ves supérieures. Elles ne restent pas longtemps en suspension dans l’air et ne sont contaminantes que sur une courte distance. Elles sont le vecteur de transmission de nombreuses infec7ons virales (comme la grippe) et bactériennes.

* + par l’air.

Les supports de ceFe contamina7on sont de très ﬁnes par7cules provenant de gouFeleFes déshydratées ou de poussières d’origine cutanée, tex7le ou végétale. Même en absence de source directe, l’air reste contaminant et les par7cules demeurent longtemps en suspension

dans l’air. L’air est le vecteur de transmission de maladies telles que la tuberculose ou la varicelle.

* par d’autres voies.

L’eau peut être contaminée par des déjec7ons humaines ou animales. La nourriture peut transmeFre des germes transmis par l’eau elle-­‐ même contaminée (toxi-­‐infec7on alimentaire).

Certains médicaments issus de porteurs sains (sang et dérivés) peuvent être contaminants. Le matériel de secours insuﬃsamment désinfecté (aspirateur de mucosités, insuﬄa-­‐ teurs manuels) peut être également en cause.

#### Précautions à prendre

L’intervenant ignore souvent si la vic7me ou les secouristes eux-­‐mêmes présentent une infec7on en cours d’évolu7on. Pour limiter le risque de transmission d’infec7ons entre la vic7me et l’intervenant, il faut prendre systéma7quement des précau7ons dites *standards*.

Dans certaines situa7ons, il convient de prendre des précau7ons *par(culières*.

Les précau7ons *standards* doivent être appliquées par tous les intervenants. Elles ont un objec7f double : la protec7on du personnel et la protec7on de la vic7me. Elles concernent l’hygiène corporelle quo7dienne de l’intervenant ainsi que des précau7ons à observer pendant et après l’interven7on.

Les précau7ons *par(culières* sont complémentaires aux précau7ons *standards*. Elles sont mises en œuvre en fonc7on du niveau de risque ou sur consignes des autorités d’emploi.

Appliquées par les intervenants, elles réduisent la transmission de microorganismes dangereux ou résistants, ou de maladies transmissibles (Tuberculose, méningite).

#### Prévention des accidents d’exposition à un risque viral

L’accident d’exposi7on à un risque viral (AEV) est déﬁni comme toute exposi7on percutanée (par piqûre ou coupure) ou tout contact direct sur une peau lésée ou des muqueuses (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique souillé par du sang.

Sa préven7on commence largement en amont de l’accident par :

* + la vaccina7on contre l’hépa7te B ;
  + le port d’équipements de protec7on ;
  + le respect des précau7ons *standards* et *par(culières* pour limiter le risque de transmission des maladies infec7euses ;
  + l’u7lisa7on de matériel de sécurité ;
  + une forma7on spéciﬁque rela7ve à la préven7on des AEV.

Lors de l’interven7on, les précau7ons *standards* doivent être appliquées pour tous, dès la prise en charge d’une vic7me.

L’intervenant doit impéra7vement porter tous les équipements de sécurité adaptés au type d’interven7on (lors d’une désincarcéra7on, ne pas oublier de baisser la visière ; en interven7on, travailler avec les manches longues ; meFre des gants à usage unique, voire un double « gantage », en cas d’hémorragie externe).

Il convient d’être par7culièrement vigilant en présence d’objets coupants ou piquants sur les lieux d’interven7on et respecter impéra7vement les règles d’u7lisa7on des emballages à DASRI.

Après toute interven7on, la peau, la tenue, le matériel ainsi que le véhicule peuvent avoir été contaminés par du sang ou un liquide biologique suscep7ble d’en contenir.

Le retrait de gants à usage unique se fait alors selon la procédure adaptée ainsi que le neFoyage et la désinfec7on des matériels.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 03 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

Précautions *standards* contre le risque infectieux

De façon générale, il convient de :

* + se laver quo7diennement le corps ;
  + avoir les ongles coupés courts ;
  + se laver et se désinfecter régulièrement les mains dans la vie courante.

Au cours de l’interven7on :

* + porter une tenue adaptée, confortable et lavable ;

CeFe tenue doit être changée dès qu’elle est souillée.

* + se neFoyer régulièrement les mains et les désinfecter ;
  + porter des gants à usage unique et les changer régulièrement ;
  + porter un masque à usage unique :
    - lors de certains gestes de secours (brûlés) ;
    - associé à des luneFes ou à une visière de protec7on, s’il existe un risque de projec7ons (aspira7ons, risques de vomis-­‐ sements, toux) ;
* respecter les procédures :
  + de ges7on des déchets d’ac7vités de soins à risques infec7eux et du matériel souillé par des liquides biologiques ;
  + en cas d’accident d’exposi7on à un risque viral ;
* recouvrir toute plaie par un pansement ;
* u7liser, sur le brancard, des draps à usage unique ou lavés après chaque transport ;
* u7liser, si possible, une couverture bactério-­‐ sta7que pour couvrir la vic7me ;

CeFe couverture doit être neFoyée ou changée si elle a été souillée.

* assurer l’entre7en des surfaces et du matériel après chaque interven7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 03 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

Précautions *particulières* contre le risque infectieux

Les précau7ons par7culières sont complémentaires aux précau7ons standards. Elles sont mises en œuvre en fonc7on du niveau de risque ou sur consignes des autorités d’emploi.

Ces précau7ons par7culières peuvent imposer de :

* + porter des gants à usage unique non stériles dès l’entrée dans la pièce ou le véhicule dans lequel se situe la vic7me ;
  + se laver les mains avant de sor7r de la pièce ou du véhicule dans lequel se situe la vic7me ;

Il convient alors de ne plus toucher l’environ-­‐ nement de la vic7me après avoir ôté les gants et s’être lavé les mains.

* + de porter :
    - pour les intervenants :
      * un masque de protec7on classé FFP2, avant d’entrer dans la pièce où se situe la vic7me ;
    - une surblouse et une protec7on des cheveux (charloFe), en cas de contact avec la vic7me ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés ;
  + pour la vic7me :
    - un masque de type chirurgical ou un masque de protec7on respiratoire (sans soupape d’expira7on)1 ;
* u7liser au maximum du matériel à usage unique.
* limiter les déplacements de la vic7me ;
* isoler la vic7me, dans une pièce par7culière, lors de sa prise en charge ;
* envelopper la vic7me dans un drap à usage unique ;
* neFoyer et désinfecter le véhicule et le matériel dès la ﬁn du transport ;
* transporter individuellement chaque vic7me.

1 Le port d’un masque par la victime évite ou limite la dissémination des particules infectieuses.

## Urgences vitales

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | VERSION | MISE À JOUR |
| AC | 04 | A | 01 | Arrêt cardiaque | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | A | 01 | Arrêt cardiaque chez l’adulte | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | A | 02 | Arrêt cardiaque chez l’adulte en sauveteur isolé | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | A | 03 | Arrêt cardiaque chez l’enfant ou le nourrisson | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | A | 04 | Arrêt cardiaque chez l’enfant ou le nourrisson en sauveteur isolé | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | D | 01 | Détresse circulatoire | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | D | 01 | Détresse circulatoire | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | D | 02 | Détresse neurologique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | D | 03 | Détresse neurologique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | D | 03 | Détresse respiratoire | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | D | 04 | Détresse respiratoire | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | H | 02 | Hémorragie externe | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | H | 05 | Hémorragie externe | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | H | 01 | Hémorragies extériorisées | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | H | 01 | Hémorragie extériorisée par la bouche | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | H | 02 | Hémorragie extériorisée par le conduit d’oreille | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | H | 03 | Hémorragie extériorisée par le nez | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | H | 06 | Hémorragie vaginale | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | H | 04 | Hémorragies extériorisées -­‐ Autres types | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | O | 01 | Obstruc7on brutale des voies aériennes par un corps étranger | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | O | 01 | Obstruc7on par7elle des voies aériennes | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | O | 02 | Obstruc7on totale des voies aériennes | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | P | 01 | Perte de connaissance | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | P | 01 | Perte de connaissance | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | P | 02 | Perte de connaissance en sauveteur isolé | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 04 | S | 01 | Sec7on de membre | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 04 | S | 01 | Sec7on de membre | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Arrêt cardiaque

#### Définition

Une personne est en arrêt cardiaque (AC) lorsque son cœur ne fonc7onne plus ou fonc7onne de façon anarchique, ne permeFant plus d’assurer la circula7on du sang dans l’organisme et en par7culier l’oxygéna7on du cerveau.

#### Causes

Chez l’adulte, l’arrêt cardiaque :

* est le plus souvent d’origine cardiaque ;

Il est lié à une interrup7on de toute ac7vité mécanique eﬃcace du cœur. Il survient le plus souvent à cause d’un fonc7onnement anarchique du cœur, l’empêchant de faire circuler le sang eﬃcacement.

CeFe anomalie peut être secondaire à un infarctus du myocarde, à certaines intoxi-­‐ ca7ons ou d’autres maladies cardiaques.

Parfois, l’arrêt cardiaque survient sans aucune anomalie préexistante connue : c’est la mort subite.

* peut avoir une origine respiratoire, due en par7culier à :
  + une obstruc7on totale des voies aériennes dont les manœuvres de désobstruc7on ont échoué ;
  + un trauma7sme du crâne, du rachis ou du

L’AC d’origine cardiaque chez l’enfant et le nourrisson est beaucoup plus rare que chez l’adulte. Il survient le plus souvent à cause d’une maladie ou d’une anomalie cardiaque, souvent non connue. Dans ce cas, il se manifeste, comme chez l’adulte, de façon brutale, et entraîne une chute de l’enfant alors qu’il en train de jouer ou de pra7quer une ac7vité spor7ve, par exemple.

Il peut aussi survenir à la suite d’une hémorragie importante, d’une électrocu7on ou d’une aFeinte trauma7que grave (trauma7sme du crâne, du rachis ou du thorax).

#### Risques & Conséquences

La vie d’une vic7me en arrêt cardiaque est, à brève échéance, menacée.

Quand la respira7on d’une vic7me s’arrête et quand son cœur cesse d’être eﬃcace, l’air n’arrive plus au niveau des poumons, le sang cesse de circuler et l'alimenta7on en oxygène du corps en7er n’est plus assurée. Le cerveau est l'organe le plus sensible de l'organisme au manque d'oxygène. Si aucun geste de secours n’est réalisé, des lésions cérébrales apparaissent en quelques secondes, chez l’enfant ou le nourrisson, ou en quelques minutes chez l’adulte.

Progressivement, ces lésions deviennent irréversibles rendant les chances de survie quasiment nulle en quelques minutes (huit minutes chez l’adulte).

thorax ;

* + un accident dû à l’eau (noyade), à l’électricité ou une pendaison.
* peut survenir à la suite d’une perte de sang importante (hémorragie).

Chez l’enfant et le nourrisson, l’arrêt cardiaque est le plus souvent d’origine respiratoire. Il est la conséquence d’un manque d’oxygène. On le rencontre par7culiè-­‐ rement en cas :

* d’étouﬀement (sac plas7que) ;
* de strangula7on (jeux) ;
* d’une obstruc7on totale des voies aériennes ;
* de noyade (accident dû à l’eau).

#### Signes

L’iden7ﬁca7on des signes de l’arrêt cardiaque est réalisée en quelques secondes au cours du bilan d’urgence vitale. Elle se traduit par :

* une vic7me qui ne bouge pas ;
* une perte de connaissance ;
* une absence de respira7on ou une respira7on anormale (gasps).

Parfois, ces signes peuvent être accompagnés de convulsions brèves.

La recherche d’un pouls n’est pas systéma7que pour caractériser l’AC. Toutefois, si elle est eﬀectuée, elle ne

doit pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours. CeFe recherche se fait au niveau :

* + caro7dien, chez l’adulte ou l’enfant ;
  + fémoral, chez l’enfant ou le nourrisson ;
  + huméral, chez le nourrisson.

Dans certains cas, chez l’adulte, l’arrêt cardiaque peut être précédé de signes annonciateurs, en par7culier une douleur serrant la poitrine, permanente, angoissante, pouvant irradier dans le cou et les bras. CeFe douleur est parfois associée à une diﬃculté à respirer et des sueurs.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre, sauf en cas de décès certain (tête séparée du tronc, vic7me déchiquetée, démembrée ou en état de raideur cadavérique) la réalisa7on d’une série d’ac7on augmentant les chances de survie de la vic7me :

* reconnaître les signes annonciateurs ou l’AC ;
* alerter de façon précoce les secours médicalisés ;
* réaliser une réanima7on cardio-­‐pulmonaire (RCP) précoce ;
* assurer la mise en œuvre d’une déﬁbrilla7on précoce.

Ces diﬀérentes étapes, complétées par une prise en charge médicale précoce, cons7tuent une *chaîne de survie* suscep7ble d’augmenter de 4 à 40 % le taux de survie des vic7mes. Chaque minute gagnée dans la mise en place d’un déﬁbrillateur automa7sé externe (DAE) peut augmenter de 10 % les chances de survie de la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Arrêt cardiaque chez l’adulte

* + Demander sans délai, en urgence absolue, un renfort médical ;
  + débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de trente compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons ;

En présence d’un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le re7rer au préalable.

* + meFre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE et suivre les indica7ons de l’appareil ;

A deux, si l’un des secouristes est occupé à demander les moyens de renfort, l’autre met immédiatement en œuvre le DAE, si l’appareil est disponible.

En l’absence de DAE, il poursuit la RCP jusqu’à ce que le second secouriste le rejoigne avec le DAE et le meFe en œuvre.

Au-­‐delà de deux secouristes, les trois ac7ons sont réalisées simultanément.

La mise en place des électrodes du DAE sur la vic7me doit se faire sans interrup7on des manœuvres de RCP.

* + poursuivre la RCP jusqu’à ce que le DAE demande son interrup7on ;
  + reprendre la RCP :
    - immédiatement après la délivrance d’un choc électrique par le DAE ;
    - lorsque le DAE le demande et si la vic7me est toujours en arrêt cardiaque ;
  + administrer de l’oxygène par insuﬄa7on ; L’apport d'oxygène à la vic7me sous ven7la7on ar7ﬁcielle doit être réalisé dès que possible,

sans retarder la mise en œuvre des gestes de réanima7on.

* + - réaliser une aspira7on des sécré7ons, si nécessaire ;

Lorsque l’aspira7on de sécré7ons est réalisée, elle ne doit pas retarder les manœuvres de RCP ou de délivrance d’un choc électrique.

* + - meFre en place une canule oro-­‐pharyngée, si nécessaire ;

Une canule oro-­‐pharyngée est mise en place en cas de ven7la7on ar7ﬁcielle ineﬃcace par diﬃculté de main7en des voies aériennes de la vic7me libres.

* + - poursuivre la réanima7on entreprise jusqu’à l’arrivée des renforts médicalisés ou à la reprise d’une respira7on normale.

Pour assurer une RCP eﬃcace, les secouristes doivent se relayer toutes les deux minutes. Ce changement sera eﬀectué lors de l’analyse du rythme cardiaque par le DAE, si celui-­‐ci est en place.

Si la vic7me commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :

* + - cesser les manœuvres de réanima7on ;
    - adopter la conduite à tenir adaptée à une vic7me présentant une perte de connaissance.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Arrêt cardiaque chez l’adulte en sauveteur isolé

#### En l’absence de tiers

* + alerter les secours1 ;
  + en l’absence d’un DAE à proximité immédiate, pra7quer une RCP en répétant des cycles de trente compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons ;

En présence d’un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le re7rer au préalable.

* + si un DAE est à proximité, le meFre en œuvre le plus tôt possible et suivre ses indica7ons ;
  + poursuivre la réanima7on entreprise jusqu’au relais par les services de secours ou à la reprise d’une respira7on normale.

Si la vic7me commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :

* + cesser les manœuvres de réanima7on ;
  + adopter la conduite à tenir adaptée à une vic7me présentant une perte de connaissance.

Si les insuﬄa7ons ne peuvent pas être eﬀectuées (répulsion du sauveteur, vomissements…) ou si elles semblent ineﬃcaces, le sauveteur doit immédiatement reprendre les compressions thoraciques.

#### Un tiers est présent

* faire alerter les secours et réclamer un DAE ;
* pra7quer une RCP en répétant des cycles de trente compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons ;

En présence d’un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le re7rer au préalable.

* faire meFre en œuvre ou meFre en œuvre le DAE le plus tôt possible et suivre ses indica7ons ;
* poursuivre la réanima7on entreprise jusqu’au relais par les services de secours ou à la reprise d’une respira7on normale.

Si la vic7me commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :

* cesser les manœuvres de réanima7on ;
* adopter la conduite à tenir adaptée à une vic7me présentant une perte de connaissance.

Si les insuﬄa7ons ne peuvent pas être eﬀectuées (répulsion du sauveteur, vomissements…) ou si elles semblent ineﬃcaces, le sauveteur doit immédiatement reprendre les compressions thoraciques.

1 A l’époque des téléphones portables, la transmission de l’alerte ne pose plus guère de problème. Dans le cas contraire, un sauveteur seul face à une personne en arrêt cardiaque est en grande diﬃculté. Il doit appeler très tôt pour donner un maximum de chance de survie à la victime. Il peut poursuivre la manœuvre de réanimation en utilisant la fonction main libre de son téléphone portable.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 A 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Arrêt cardiaque chez l’enfant ou le nourrisson

* + Demander sans délai, en urgence absolue, un renfort médical ;
  + re7rer délicatement tout corps étranger visible et facilement accessible dans la bouche ;
  + réaliser immédiatement cinq insuﬄa7ons, de préférence à l’aide d’un insuﬄateur manuel de taille adaptée ;

Pendant la réalisa7on des insuﬄa7ons ini7ales, rester aFen7f à tout mouvement, à tout eﬀort de toux ou à toute reprise d’une respira7on normale qui pourraient survenir.

* + débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de quinze compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons ;

En présence d’un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le re7rer au préalable.

* + meFre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE et suivre les indica7ons de l’appareil.

A deux secouristes, si l’un est occupé à demander les moyens de renfort, l’autre met immédiatement en œuvre le DAE, si l’appareil est disponible.

En l’absence de DAE, il poursuit la RCP jusqu’à ce que le second secouriste le rejoigne avec le DAE et le meFe en œuvre.

Au-­‐delà de deux secouristes, les trois ac7ons sont réalisées simultanément.

La mise en place des électrodes du DAE sur la vic7me doit se faire en limitant au minimum les interrup7ons des manœuvres de RCP.

* + poursuivre la RCP jusqu’à ce que le DAE demande son interrup7on ;
  + reprendre la RCP :
    - immédiatement après la délivrance d’un choc électrique par le DAE ;
      * lorsque le DAE le demande et si la vic7me est toujours en arrêt cardiaque ;
* administrer de l’oxygène par insuﬄa7on ; L’apport d'oxygène à la vic7me sous ven7la7on ar7ﬁcielle doit être réalisé dès que possible,

sans retarder la mise en œuvre des gestes de

réanima7on.

* réaliser une aspira7on des sécré7ons, si nécessaire ;

Lorsque l’aspira7on de sécré7ons est réalisée, elle ne doit pas retarder les manœuvres de RCP ou de délivrance d’un choc électrique.

* meFre en place une canule oro-­‐pharyngée, si nécessaire ;

Une canule oro-­‐pharyngée est mise en place en cas de ven7la7on ar7ﬁcielle ineﬃcace par diﬃculté de main7en des voies aériennes de la vic7me libres.

* poursuivre la réanima7on entreprise jusqu’à l’arrivée des renforts médicalisés ou à la reprise d’une respira7on normale.

Pour assurer une RCP eﬃcace, les secouristes doivent se relayer toutes les deux minutes. Ce changement sera eﬀectué lors de l’analyse du rythme cardiaque par le DAE, si celui-­‐ci est en place.

Si la vic7me commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :

* cesser les manœuvres de réanima7on ;
* adopter la conduite à tenir adaptée à une vic7me présentant une perte de connaissance.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 A 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Arrêt cardiaque chez l’enfant ou le nourrisson en sauveteur isolé

#### En l’absence de tiers

* + Re7rer délicatement tout corps étranger visible et facilement accessible dans la bouche ;
  + réaliser immédiatement cinq insuﬄa7ons en u7lisant une méthode orale de ven7la7on ar7ﬁcielle ;

Pendant la réalisa7on des insuﬄa7ons ini7ales, rester aFen7f à tout mouvement, à tout eﬀort de toux ou à toute reprise d’une respira7on normale qui pourrait survenir.

* + réaliser une RCP, en répétant des cycles de quinze compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons, durant une minute ;

En présence d’un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le re7rer au préalable.

Le passage des insuﬄa7ons aux compressions et des compressions aux insuﬄa7ons doit être eﬀectué aussi rapidement que possible, sous peine de diminuer l’eﬃcacité de la circula7on.

* + alerter les secours1 ;
  + en l’absence d’un DAE à proximité immédiate, pra7quer une RCP en répétant des cycles de quinze compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons ;
  + si un DAE est à proximité, le meFre en œuvre le plus tôt possible et suivre ses indica7ons ;
  + poursuivre la réanima7on entreprise jusqu’au relais par les services de secours ou à la reprise d’une respira7on normale.

Si la vic7me commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :

* + cesser les manœuvres de réanima7on ;
  + adopter la conduite à tenir adaptée à une vic7me présentant une perte de connaissance.

Si les insuﬄa7ons ne peuvent pas être eﬀectuées (répulsion du sauveteur, vomissements…) ou si elles semblent ineﬃcaces, le sauveteur doit immédiatement reprendre les compressions thoraciques.

#### Un tiers est présent

* Faire alerter les secours et réclamer un DAE ;
* re7rer délicatement tout corps étranger visible et facilement accessible dans la bouche ;
* réaliser immédiatement cinq insuﬄa7ons en u7lisant une méthode orale de ven7la7on ar7ﬁcielle ;

Pendant la réalisa7on des insuﬄa7ons ini7ales, rester aFen7f à tout mouvement, à tout eﬀort de toux ou à toute reprise d’une respira7on normale qui pourrait survenir.

* réaliser une RCP, en répétant des cycles de quinze compressions thoraciques suivies de deux insuﬄa7ons ;

En présence d’un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le re7rer au préalable.

Le passage des insuﬄa7ons aux compressions et des compressions aux insuﬄa7ons doit être eﬀectué aussi rapidement que possible, sous peine de diminuer l’eﬃcacité de la circula7on.

* faire meFre en œuvre ou meFre en œuvre le DAE le plus tôt possible, en interrompant au minimum les manœuvres de RCP, et suivre ses indica7ons ;
* poursuivre la réanima7on entreprise jusqu’au relais par les services de secours ou à la reprise d’une respira7on normale.

1 A l’époque des téléphones portables, la transmission de l’alerte ne pose plus guère de problème. Dans le cas contraire, un sauveteur seul face à une personne en arrêt cardiaque est en grande diﬃculté. Il doit appeler très tôt pour donner un maximum de chance de survie à la victime. Il peut poursuivre la manœuvre de réanimation en utilisant la fonction main libre de son téléphone portable.

Si la vic7me commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :

* + cesser les manœuvres de réanima7on ;
  + adopter la conduite à tenir adaptée à une vic7me présentant une perte de connaissance.

Si les insuﬄa7ons ne peuvent pas être eﬀectuées (répulsion du sauveteur, vomissements…) ou si elles semblent ineﬃcaces, le sauveteur doit immédiatement reprendre les compressions thoraciques.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 D 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Détresse circulatoire

#### Définition

On appelle détresse circulatoire une aFeinte de la fonc7on circulatoire dont l‘évolu7on peut aﬀecter, à court terme, les autres fonc7ons vitales de l’organisme (fonc7on respiratoire, fonc7on neurologique) et conduire au décès de la vic7me.

Si l’arrêt cardiaque est une détresse circulatoire majeure qui relève de gestes de secours immédiats, il existe un certain nombre de situa7ons où une vic7me peut présenter des signes visibles de détresse circulatoire sans pour autant être en arrêt cardiaque.

Les trois fonc7ons vitales sont étroitement liées et une altéra7on de la fonc7on circulatoire entraîne, plus ou moins rapidement, une perturba7on des autres.

#### Causes

Plusieurs causes peuvent entraîner une détresse circulatoire. Par exemple :

* + une perte de sang à la suite d’une hémorragie externe, extériorisée ou interne, secondaire à un trauma7sme ou non ;
  + une perte de liquide ou de plasma comme lors de brûlures étendues ou une déshydrata7on (diarrhées importantes) ;

#### Signes

Les signes de détresse circulatoire sont iden7ﬁés au cours du bilan d’urgence vitale.

Toute vic7me ayant perdu connaissance et qui ne respire pas ou qui présente une respira7on anormale doit être considérée en arrêt cardiaque.

L’impossibilité de percevoir le pouls radial alors que le pouls caro7dien est présent, une fréquence cardiaque supérieure à 120 baFements par minute (chez une personne au repos) ou inférieure à quarante baFements par minute, traduisent une mauvaise distribu7on du sang et une détresse circulatoire.

D’autre signes peuvent traduire une détresse circu-­‐ latoire comme :

* une décolora7on de la peau ou pâleur qui siège surtout au niveau des extrémités, de la face interne de la paupière inférieure et des lèvres ;
* des marbrures cutanées, alternance de zones pâles et de zones violacées donnant à la peau l’aspect marbré ;
* une transpira7on et un refroidissement de la peau (sueurs froides) ;
* une sensa7on de soif exprimée par la vic7me avec agita7on et anxiété.
  + une aFeinte du cœur, qui devient incapable de

pomper le sang, comme lors d’un infarctus du

myocarde ou d’une insuﬃsance cardiaque ;

* + une dilata7on excessive des vaisseaux sanguins, suite à une réac7on allergique grave ou à une intoxica7on…

#### Risques & Conséquences

L’aFeinte de la fonc7on circulatoire reten7t rapidement sur les deux autres et menace, immédiatement ou à très court terme, la vie de la vic7me car ses organes vitaux (cerveau, cœur) peuvent, très vite, être privés d’oxygène.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’arrêter immédiatement toute cause évidente de détresse circulatoire comme une hémorragie externe ;
* d’améliorer l’oxygéna7on et la circula7on sanguine de l’organisme et de ses organes vitaux par une posi7on d’aFente adaptée et l’administra7on d’oxygène ;
* d’obtenir rapidement une aide médicale ;
* de surveiller aFen7vement la vic7me et adapter les gestes de secours à l’évolu7on de la situa7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 D 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Détresse circulatoire

#### La victime a perdu connaissance et ne respire pas ou de façon anormale

Appliquer la procédure rela7ve à l’arrêt cardiaque.

#### La victime a perdu connaissance et respire

Appliquer la procédure rela7ve à la perte de connaissance.

#### La victime est consciente

Si elle présente une hémorragie externe, appliquer la conduite à tenir adaptée.

Dans le cas contraire, ou après avoir arrêté l’hémorragie :

* allonger la vic7me en posi7on horizontale1 ;
* administrer de l’oxygène en inhala7on si nécessaire ;

En l’absence de saturomètre, administrer de l’oxygène en inhala7on et adapter ceFe administra7on après avis du médecin ;

* couvrir l a v i c 7 me pour l imiter son refroidissement ;
* compléter le bilan d’urgence vitale, si nécessaire ;
* réaliser un bilan complémentaire à la recherche d’autres signes ou lésions et réaliser les gestes de secours nécessaires ;
* demander un avis médical en transmeFant le bilan ;
* surveiller la vic7me, par7culièrement la présence du pouls, la fréquence cardiaque et son état de conscience.

Le risque d’aggrava7on brutale avec arrêt cardiaque est majeur, notamment lors de toute mobilisa7on de la vic7me (relevage, brancardage).

1 Le fait de placer en position horizontale une personne victime d’une hémorragie facilite la circulation sanguine, notamment au niveau du cerveau. La réalisation des gestes de secours est aussi facilitée et les conséquences de l’hémorragie sur les fonctions vitales sont retardées.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 D 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Détresse neurologique

#### Définition

On appelle détresse neurologique une aFeinte de la fonc7on nerveuse dont l‘évolu7on peut aﬀecter, à court terme, les autres fonc7ons vitales de l’organisme (fonc7on circulatoire, fonc7on respiratoire) et conduire au décès de la vic7me.

Si la perte de connaissance est une détresse neurologique majeure qui relève de gestes de secours immédiats, il existe un certain nombre de situa7ons où une vic7me peut présenter des signes visibles de détresse neurologique sans, pour autant, qu’elle ait perdu connaissance.

Les trois fonc7ons vitales sont étroitement liées et une altéra7on de la fonc7on nerveuse entraîne plus ou moins rapidement une perturba7on des autres.

#### Causes

De nombreuses causes peuvent entraîner une altéra7on de la fonc7on nerveuse et un trouble de la conscience, par exemple :

* un trauma7sme, comme un choc sur la tête ;
* une maladie aFeignant directement le cerveau (accident vasculaire cérébral), la moelle épinière ou les nerfs ;
* certaines intoxica7ons ;
* un manque de sucre.

#### Risques & Conséquences

L’aFeinte de la fonc7on nerveuse reten7t rapidement sur les deux autres et menace, immédiatement ou à très court terme, la vie de la vic7me car ses organes vitaux (cœur, poumons) peuvent, très vite, être privés d’oxygène.

#### Signes

La détresse neurologique est iden7ﬁée au cours du bilan d’urgence vitale.

La vic7me a perdu connaissance, elle ne réagit pas quand on lui parle, quand on la secoue délicatement au niveau des épaules ou si on lui demande d’ouvrir les yeux ou de serrer la main.

La vic7me est consciente si elle réagit. Toutefois, elle peut présenter des signes d’une aFeinte neurologique comme :

* une altéra7on plus ou moins profonde de son état de conscience (somnolence, retard de réponse aux ques7ons ou aux ordres) ;
* une désorienta7on ;
* une amnésie de l’accident ou du malaise (la victime ne se souvient plus de cet événement) ;
* une perte de connaissance temporaire ;
* l’impossibilité de bouger un ou plusieurs membres (paralysie) ;
* une asymétrie des pupilles (à l’ouverture des yeux, les pupilles sont de diamètre diﬀérent) ;
* une absence de réac7on des pupilles à la lumière ;
* une anomalie de la parole.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’installer la vic7me dans une posi7on d’aFente adaptée aﬁn de préserver la circula7on cérébrale ;
* d’obtenir rapidement une aide médicale ;
* de surveiller aFen7vement la vic7me et adapter les gestes de secours à l’évolu7on de la situa7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 D 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Détresse neurologique

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir adaptée.

#### La victime est consciente

* Allonger la vic7me ;
* administrer de l’oxygène en inhala7on si nécessaire ;

En l’absence de saturomètre, administrer de l’oxygène en inhala7on et adapter ceFe administra7on après avis du médecin.

* compléter le bilan d’urgence vitale, si nécessaire ;
* réaliser un bilan complémentaire à la recherche d’autres signes ou lésions et réaliser les gestes de secours nécessaires ;
* demander un avis médical en transmeFant le bilan ;
* surveiller la vic7me, par7culièrement son état neurologique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 D 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Détresse respiratoire

#### Définition

On appelle détresse respiratoire une aFeinte de la fonc7on respiratoire dont l‘évolu7on peut aﬀecter, à court terme, les autres fonc7ons vitales de l’organisme (fonc7on circulatoire, fonc7on neurologique) et conduire au décès de la vic7me.

Si l’arrêt respiratoire est une détresse respiratoire majeure qui relève de gestes de secours immédiats, il existe un certain nombre de situa7ons où une vic7me peut présenter des signes visibles de détresse respiratoire sans qu’elle soit, pour autant, en arrêt respiratoire.

Les trois fonc7ons vitales sont étroitement liées et une altéra7on de la fonc7on respiratoire entraîne, plus ou moins rapidement, une perturba7on des autres.

#### Causes

Plusieurs causes peuvent entraîner une détresse respiratoire. Par exemple :

* + l’obstruc7on complète ou par7elle des voies aériennes, par exemple par corps étranger, allergie, trauma7sme ou infec7on ;
  + les maladies pulmonaires dont l’asthme ;
  + le trauma7sme du thorax ;
  + l’inhala7on de produits caus7ques ou de fumées.

#### Risques & Conséquences

L’aFeinte de la fonc7on respiratoire reten7t rapidement sur les deux autres et menace, immédiatement ou à très court terme, la vie de la vic7me car ses organes vitaux (cerveau, cœur) peuvent, très vite, être privés d’oxygène.

#### Signes

Les signes de détresse respiratoire sont iden7ﬁés au cours du bilan d’urgence vitale.

Toute vic7me ayant perdu connaissance et qui ne respire pas ou qui présente une respira7on anormale doit être considérée en arrêt cardiaque.

Toute vic7me ayant perdu connaissance et qui respire doit être considérée à haut risque de détresse respiratoire car ses voies aériennes sont menacées.

Lorsque la vic7me est consciente, les signes de détresse respiratoire sont repérés par le secouriste, grâce aux dires de la vic7me si elle parle, mais aussi à ce qu’il voit et à ce qu’il entend.

Ce que la vic7me dit (plaintes) :

* Je suis gênée ou j’ai du mal à respirer.
* J’étouﬀe.
* J’ai mal quand je respire.

Ce que le secouriste voit (signes) :

* La vic7me refuse de s’allonger mais cherche à rester en posi7on assise, ce qui rend moins pénible la respira7on.
* La vic7me fait des eﬀorts pour respirer, se 7ent la poitrine, les muscles du haut de son thorax et de son cou se contractent.
* La vic7me est couverte de sueurs, en l’absence d’eﬀort ou de ﬁèvre, ce qui traduit un défaut d’épura7on du dioxyde de carbone (CO2) contenu dans le sang.
* La v i c t ime présente une coloration *bleutée* (cyanose), surtout au niveau des doigts, du lobe des oreilles et des lèvres. CeFe colora7on traduit un manque d’oxygéna7on du sang.
* La vic7me est confuse, somnolente, anxieuse ou agitée, ce qui traduit un manque d’oxygéna7on du cerveau et une accumula7on du CO2.
* Le baFement des ailes du nez et le 7rage (creusement au dessus du sternum ou au niveau du creux de l’estomac à l’inspira7on) chez l’enfant.

Ce que le secouriste entend (signes) :

* Une diﬃculté ou une impossibilité pour parler.
* Un siﬄement traduisant une gêne au passage de l’air dans des voies aériennes rétrécies (asthme).
  + Des gargouillements traduisant un encom-­‐ brement des voies aériennes par des sécré7ons ou des vomissures.
  + Des râles traduisant la présence de liquide dans les poumons (noyade, insuﬃsance cardiaque).

Ce que le secouriste recherche (signes) : La respira7on de la vic7me est :

* + rapide, souvent supérieure à 30 min-­‐1 ;
  + superﬁcielle, il est diﬃcile de voir facilement le ventre et la poitrine de la vic7me se soulever.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + d’arrêter immédiatement toute cause évidente de détresse respiratoire comme une obstruc-­‐ 7on totale des voies aériennes ;
  + d’améliorer l’oxygéna7on de l’organisme et de ses organes vitaux par une posi7on d’aFente adaptée et l’administra7on d’oxygène.
  + d’obtenir rapidement une aide médicale ;
  + de surveiller aFen7vement la vic7me et adapter les gestes de secours à l’évolu7on de la situa7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 D 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Détresse respiratoire

#### La victime a perdu connaissance et ne respire pas ou de façon anormale

Appliquer la procédure rela7ve à l’arrêt cardiaque.

#### La victime a perdu connaissance et respire

Appliquer la conduite à tenir adaptée.

#### La victime est consciente

Si elle présente une obstruc7on totale des voies aériennes, appliquer la procédure adaptée.

Dans le cas contraire :

* + ne jamais allonger la vic7me ;
  + installer la vic7me dans une posi7on confortable pour lui permeFre de mieux respirer, lui proposer la posi7on demi-­‐assise ou assise1 ;
  + desserrer tous les vêtements qui peuvent gêner la respira7on ;
  + administrer de l’oxygène en inhala7on si nécessaire ;

En l’absence de saturomètre, administrer de l’oxygène en inhala7on et adapter ceFe administra7on après avis du médecin ;

* + compléter le bilan d’urgence vitale, si nécessaire ;
  + réaliser un bilan complémentaire à la recherche d’autres signes ou lésions et réaliser les gestes de secours nécessaires ;
  + demander un avis médical en transmeFant le bilan ;
  + surveiller la vic7me, par7culièrement sa respira7on.

1 La position assise ou demi-assise libère les mouvements du diaphragme et améliore la respiration.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 H 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragie externe

#### Définition

Une hémorragie externe est un épanchement de sang abondant et visible, qui s’écoule en dehors des vaisseaux au travers d’une plaie et ne s’arrête pas spontanément.

#### Causes

L’hémorragie externe est le plus souvent d’origine trauma7que (coup, chute, couteau, balle…), plus rarement médicale (rupture de varices).

#### Risques & Conséquences

Sous l’eﬀet d’une hémorragie, la quan7té de sang de l’organisme diminue.

Dans un premier temps, la fréquence cardiaque augmente pour compenser ceFe perte et maintenir un débit et une pression suﬃsante dans les vaisseaux aﬁn d’assurer la distribu7on de sang à l’organisme.

Dans un deuxième temps, si le saignement n’est pas arrêté, la pression sanguine s’eﬀondre, le débit diminue et une détresse circulatoire apparaît. Elle peut provoquer un «désamorçage de la pompe» et un arrêt du cœur.

Une hémorragie externe menace immédiatement ou à très court terme la vie d’une vic7me.

#### Signes

L’hémorragie externe est, le plus souvent, évidente et constatée dès le début du bilan d’urgence vitale.

Parfois, elle est découverte lors de la recherche de lésions trauma7ques au cours du bilan complémentaire. En eﬀet, l’hémorragie peut être temporairement masquée par la posi7on de la vic7me ou un vêtement par7culier (manteau, blouson).

L’hémorragie externe doit être diﬀérenciée d’un saignement minime, peu abondant, dû à une écorchure, une éraﬂure ou une abrasion cutanée, qui lui s’arrête spontanément.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’arrêter immédiatement l’hémorragie pour limiter la perte de sang ;
* de prendre les mesures nécessaires pour limiter ses conséquences.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 H 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragie externe

* + Se protéger les mains par des gants à usage unique ;
  + arrêter immédiatement l’hémorragie. Pour cela :
    - écarter les vêtements si nécessaires ;
    - réaliser une compression manuelle, quelle que soit la localisa7on de la plaie ;
    - meFre en place un pansement compressif, si la compression manuelle con7nue est eﬃcace ;
    - compléter par un pansement compressif supplémentaire1, si le saignement persiste (suintement de sang au travers du pansement) ;
    - reprendre la compression manuelle par dessus les deux pansements compressifs, si le saignement persiste ;

Si la compression directe au niveau d’un membre est ineﬃcace ou impossible (vic7me qui présente de nombreuses lésions, plusieurs vic7mes, accès à la plaie impossible) ou dans certaines situa7ons (catastrophes, théâtres d’opéra7ons militaires ou situa7ons appa-­‐ rentées, situa7on d’isolement) meFre en place un garrot. Dans ce cas, noter l’heure de mise en place du garrot pour la communiquer à l’équipe qui assurera le relais de la prise en charge de la vic7me.

* + compléter le bilan d’urgence vitale ;

Si la vic7me présente des signes de détresse circulatoire, appliquer la procédure adaptée.

* + transmeFre le bilan d’urgence vitale, pour avis médical et appliquer les consignes reçues ;
  + réaliser un bilan complémentaire à la recherche d’autres signes ou lésions et pra7quer les gestes de secours nécessaires ;
  + protéger la vic7me contre le froid ou les intempéries ;
  + rassurer la vic7me ;
  + surveiller la vic7me. En par7culier :
    - vériﬁer l’arrêt de l’hémorragie sans relâcher la compression ;
    - rechercher des signes d’aggrava7on circulatoire.

#### Cas particulier : Fracture ouverte et corps étranger

Si la vic7me présente une fracture ouverte, avec un morceau d’os visible ou si la plaie qui saigne con7ent un corps étranger visible :

* + ne toucher ni au morceau d’os ni au corps étranger car leur présence peut limiter le saignement et leur mobilisa7on pourrait aggraver la lésion ;
  + Si le saignement reste important et massif, réaliser la pose d’un garrot.

1 L’ajout d’un pansement compressif supplémentaire permet d’augmenter la compression.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 H 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragies extériorisées

#### Définition

L’hémorragie extériorisée est un épanchement de sang à l’intérieur de l’organisme qui s’extériorise par un oriﬁce naturel (oreille, nez, bouche, voies urinaires, anus, vagin).

#### Causes

L’hémorragie extériorisée peut être d’origine trauma7que (trauma7sme du crâne, du thorax…) mais aussi d’origine médicale.

#### Risques & Conséquences

Sous l’eﬀet d’une hémorragie, la quan7té de sang de l’organisme diminue.

Dans un premier temps, la fréquence cardiaque augmente pour compenser ceFe perte et maintenir un débit et une pression suﬃsante dans les vaisseaux aﬁn d’assurer la distribu7on de sang à l’organisme.

Dans un deuxième temps, si le saignement n’est pas arrêté, la pression sanguine s’eﬀondre, le débit diminue et une détresse circulatoire apparaît. Elle peut provoquer un «désamorçage de la pompe» et un arrêt du cœur.

Une hémorragie menace immédiatement ou à très court terme la vie d’une vic7me.

#### Signes

Ce saignement, lorsqu’il se situe au niveau du nez ou du conduit de l’oreille, peut s’accompagner d’un épanchement de liquide clair. Il peut être le signe d’une fracture du crâne.

Par la bouche, il est le plus souvent lié à des crachats ou des vomissements.

Dans les autres cas, il s’agit d’une perte de sang inhabituelle, émanant des voies :

* urinaires : émission de sang ou d’urine teintée de sang ;
* anale : sang dans les selles ou saignement isolé ;
* vaginale : règles anormalement abondantes ou saignement inaFendu.

Quelle que soit son origine, ce saignement peut être le premier signe d’une maladie ou d’un trauma7sme qu’il importe de traiter sans retard.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de limiter les conséquences du saignement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 H 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragie extériorisée par la bouche

* + Allonger la vic7me en posi7on horizontale sur le coté ou l’installer en posi7on demi-­‐assise si elle ne supporte pas d’être allongée ;
  + compléter le bilan d’urgence vitale ;

Si elle présente des signes de détresse circulatoire, appliquer la conduite à tenir adaptée.

* + demander un avis médical en transmeFant le bilan d’urgence vitale ;
  + poursuivre le bilan complémentaire ;
  + conserver les vomissements ou les crachats dans un récipient pour les montrer au médecin.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 H 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragie extériorisée par le conduit de l’oreille

* + Examiner la vic7me et réaliser les gestes qui s’imposent ;
  + rechercher un trauma7sme du crâne ;
  + transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
  + surveiller la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 H 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragie extériorisée par le nez

#### Saignement spontané ou consécutif à un choc minime

* + Placer la vic7me en posi7on assise, tête penchée en avant, pour éviter qu’elle n’avale son sang ;
  + demander à la vic7me de :
    - se moucher fortement1 puis ;
    - se comprimer immédiatement les narines2 avec le pouce et l’index durant dix minutes ;
    - respirer par la bouche, sans parler.

Si le saignement ne s’arrête pas au bout de dix minutes, demander un avis médical.

#### Consécutif à une chute

* Examiner la vic7me et réaliser les gestes qui s’imposent ;
* transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
* surveiller la vic7me.

1. Le fait de se moucher avec vigueur est important dans l’eﬃcacité du geste, afin de permettre l’évacuation des caillots de sang.
2. La compression du nez doit intervenir rapidement pour éviter qu’un caillot ne se reforme.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 H 06 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragie vaginale

* + Allonger la vic7me ;

Si la vic7me présente une grossesse visible, il convient alors de l’allonger préféren7ellement sur le côté gauche1 ;

* + réaliser un bilan d’urgence vitale et les gestes de secours adaptés en présence d’une détresse circulatoire ;
  + réaliser un bilan complémentaire et rechercher plus précisément :
    - la couleur de l’écoulement (rouge, marron, liquide clair ou trouble) ;
    - la date des dernières règles ;
    - l’existence d’une éventuelle grossesse ;
    - la date prévue de l’accouchement, si la grossesse est connue ;
    - les problèmes de santé éventuels connus, en rapport avec la grossesse (hypertension artérielle, diabète…) ;
  + proposer à la vic7me de meFre des servieFes ou des pansements absorbants entre les cuisses ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller la vic7me.

1 Le retournement sur le côté gauche de la femme enceinte, ou d’une victime obèse, permet d’éviter l’apparition d’une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l’abdomen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 H 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hémorragies extériorisées - Autres types

* Allonger la vic7me ;
* réaliser un bilan d’urgence vitale et les gestes de secours adaptés en présence d’une détresse circulatoire ;
* réaliser un bilan complémentaire ;
* proposer à la vic7me de meFre des servieFes ou des pansements absorbants entre les cuisses ou les fesses, dans le cas d’un saignement vaginal ou anal ;
* transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;
* surveiller la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 O 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Obstruction brutale des voies aériennes par un corps étranger

#### Définition

L’obstruc7on des voies aériennes (OVA) par un corps étranger est la gêne ou l'empêchement brutal des mouvements de l’air entre l’extérieur et les poumons. Elle est qualiﬁée :

* d’obstruc7on par7elle, lorsque la respira7on reste eﬃcace.
* d’obstruc7on totale, lorsque la respira7on n’est plus eﬃcace, voire impossible.

#### Causes

L’OVA survient, le plus souvent, alors que la vic7me est en train de manger ou, s’il s’agit d’un enfant, en train de jouer avec un pe7t objet.

#### Risques & Conséquences

Si le passage de l’air dans les VA est interrompu, l’oxygène n’aFeint pas les poumons et la vie de la vic7me est immédiatement menacée.

L’obstruc7on par7elle des VA peut évoluer, plus rarement, vers une obstruc7on totale et avoir les mêmes conséquences.

L'échec des manœuvres de désobstruc7on chez une vic7me présentant une OVA entraîne une priva7on prolongée en oxygène de l'organisme qui conduit à la perte de connaissance et à l'arrêt cardiaque.

L’obstruc7on totale des VA est donc une urgence qui peut entraîner la mort de la vic7me en quelques minutes si aucun geste de secours n’est réalisé immédiatement.

#### Signes

La reconnaissance des signes d’obstruc7on des VA par un corps étranger est un élément clé. Elle est réalisée dès les premières secondes, si on est témoin de l’accident. Dans le cas contraire, la reconnaissance peut être diﬃcile.

Au bilan circonstanciel, on se trouve face à une vic7me qui est le plus souvent en train de manger, ou de jouer s’il s’agit d’un enfant.

Lors du bilan d’urgence vitale, on se retrouve en présence de l’une des trois situa7ons suivantes :

* La vic7me est consciente, présente une détresse vitale immédiate et elle :
  + porte les mains à sa gorge ;
  + ne peut plus parler, crier, tousser ou n’émeFre aucun son ;
  + garde la bouche ouverte ;
  + ne peut pas respirer ou respire très diﬃcilement ;
  + s’agite et devient rapidement bleue.

Il s’agit d’une obstruc7on complète des voies aériennes. CeFe situa7on survient dans les premières minutes après l’accident.

* La vic7me est consciente, présente des signes de détresse respiratoire et
  + peut parler ou crier ;
  + tousse vigoureusement ;
  + respire avec parfois un bruit surajouté ;
  + reste parfaitement consciente.

Ce Fe situa7on se rencontre lorsque l’obstruc7on des voies aériennes est par7elle. Elle peut durer plusieurs minutes après l’accident car la respira7on n’est pas complètement interrompue.

* La vic7me a perdu connaissance et elle :
  + ne respire plus ou très diﬃcilement ;
  + est bleue (cyanose).

CeFe situa7on survient chez une vic7me qui a inhalé un corps étranger, lorsque les gestes de désobstruc7on des voies aériennes :

* + n’ont pas été réalisés immédiatement par les témoins présents ;
  + sont ineﬃcaces.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de désobstruer les voies aériennes, si elles sont totalement bouchées ;
* d’empêcher toute aggrava7on en cas d’obstruc7on par7elle.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 O 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Obstruction partielle des voies aériennes

* Ne jamais pra7quer de techniques de désobstruc7on ;
* installer la vic7me dans la posi7on où elle se sent le mieux ;
* encourager à tousser1 ;
* administrer de l’oxygène par inhala7on, si nécessaire ;
* transmeFre un bilan pour avis médical ;
* surveiller aFen7vement la respira7on de la vic7me.

Si l’obstruc7on devient totale ou en cas d’arrêt de la respira7on, appliquer la procédure adaptée.

1 Le fait d’encourager à tousser aide au rejet du corps étranger.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 O 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Obstruction totale des voies aériennes

#### La victime est consciente

* Laisser la vic7me dans la posi7on où elle se trouve, généralement debout ou assise ;
* donner des « claques dans le dos » ;
* réaliser des compressions en cas d’ineﬃcacité des « claques dans le dos » :
  + au niveau abdominal s’il s’agit d’un adulte ou d’un enfant ;
  + au niveau thoracique s’il s’agit d’un nourrisson, d’un adulte obèse ou d’une
* compléter le bilan ;
* adapter les gestes de secours en fonc7on des résultats du bilan (administrer de l’oxygène par inhala7on, si nécessaire) ;
* transmeFre le bilan, pour avis médical 1;
* surveiller la vic7me, en par7culier sa respira7on.

Si les manœuvres de désobstruc7on sont ineﬃcaces ou absentes, la vic7me perd connaissance.

femme enceinte dans les derniers mois de

sa grossesse ;

* répéter le cycle « claques dans le dos » et « compressions » ;
* interrompre les manœuvres dès :
  + l’appari7on d’une toux, de cris ou de pleurs ;
  + la reprise de la respira7on ;
  + le rejet du corps étranger.

Si les manœuvres de désobstruc7on sont eﬃcaces :

* l’installer dans la posi7on où elle se sent le mieux ;
* la réconforter en lui parlant régulièrement ;
* desserrer les vêtements ;

#### La victime perd connaissance

* l’accompagner au sol ;
* adopter la conduite à tenir face à une vic7me en arrêt cardiaque.

Toutefois, il convient de :

* débuter par les compressions thoraciques, quel que soit l’âge de la vic7me ;
* vériﬁer la présence du corps étranger dans la bouche, à la ﬁn de chaque cycle de compressions thoraciques. Le re7rer prudem-­‐ ment s’il est accessible.

1 Malgré une désobstruction eﬃcace, un avis médical est requis. En eﬀet, de petits corps peuvent passer dans les voies aériennes et dans les poumons et provoquer des complications secondaires.

Par ailleurs, les manœuvres de compressions, thoraciques ou abdominales, même réalisées correctement, peuvent provoquer des lésions internes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Perte de connaissance

#### Définition

La perte de connaissance est la perte permanente ou temporaire de l’ap7tude à communiquer et à réagir avec d’autres personnes et avec l’environnement.

#### Causes

Les causes d’une perte de connaissance peuvent être d’origine trauma7que, médicale ou toxique.

#### Risques & Conséquences

• d’une diminu7on des réﬂexes, en par7culier de déglu77on, qui entraîne un encombrement des voies aériennes par l’écoulement des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) dans les voies respiratoires et les poumons.

#### Signes

Au cours du bilan d’urgence vitale, l’apprécia7on de la conscience est réalisée en quelques secondes.

Une vic7me a perdu connaissance lorsqu’elle ne répond pas et n’obéit pas aux ordres simples.

Une perte de connaissance peut évoluer, en l’absence

d’interven7on, vers un arrêt respiratoire puis cardiaque. Une personne qui a perdu connaissance, laissée sur le dos, est toujours exposée à des diﬃcultés respiratoires, du fait :

• d’une forte diminu7on de son tonus musculaire qui peut entraîner une obstruc7on des voies aériennes par la chute de la langue en arrière.

CeFe obstruc7on peut empêcher toute respira7on naturelle ou ar7ﬁcielle.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre, tout en limitant l’aggrava7on d’une éventuelle lésion de la colonne cervicale chez une vic7me suspecte d’un trauma7sme, de préserver la respira7on en maintenant la liberté de ses voies aériennes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Perte de connaissance

#### La victime n’est pas suspecte d’un traumatisme

• Retourner impérativement la victime sur le dos1 ;

• assurer la liberté des voies aériennes ;

• s’assurer de la présence de la respira7on ;

• placer la vic7me en posi7on latérale de sécurité pour maintenir la liberté des voies aériennes ;

• compléter le bilan d’urgence vitale ;

• demander un renfort médicalisé ;

• réaliser l’aspira7on des sécré7ons si la vic7me présente des signes d’encombrement des voies aériennes supérieures ;

La mise en PLS de la vic7me doit s’eﬀectuer en priorité, elle sera complétée par l’aspira7on des sécré7ons.

• administrer de l’oxygène si nécessaire ;

• compléter le bilan et le transmeFre ;

• surveiller la vic7me, par7culièrement sa respira7on ;

• protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

#### La victime est suspecte d’un traumatisme

• Maintenir la tête de la vic7me à deux mains : Devant un blessé inerte, allongé au sol, et pour lequel un trauma7sme de la colonne

vertébrale est suspecté, il faut immédiatement

qu’un secouriste main7enne la tête de la vic7me à deux mains2, si nécessaire après remise en posi7on neutre. Pendant ce temps, un second secouriste recherche les signes d’une perte de connaissance.

• iden7ﬁer la perte de connaissance ;

Si la vic7me est allongée sur le ventre, un retournement à deux sera obligatoirement réalisé1.

• re7rer un casque de protec7on3 ;

Un casque de protec7on peut gêner l’examen de la vic7me ou empêcher la réalisa7on de gestes de secours. Il est donc nécessaire, chez une vic7me suspecte d’un trauma7sme du rachis et qui a perdu connaissance, de le re7rer aﬁn d’assurer la liberté des voies aériennes.

• assurer la liberté des voies aériennes ;

La liberté des voies aériennes doit être réalisée, chez un blessé pour lequel un trauma7sme du rachis est suspecté et qui a perdu connaissance, par le secouriste qui main7en la tête par une simple éléva7on du menton, sans bascule de la tête en arrière.

• rechercher la présence de la respira7on ;

Alors qu’un secouriste main7ent la tête et élève le menton, le second apprécie la respira7on.

• meFre en place un collier cervical ;

La mise en place d’un collier cervical est systéma7que devant une vic7me qui a perdu connaissance et est suspectée d’un trauma-­‐ 7sme, aﬁn de limiter le risque d’aggrava7on d’une lésion. Le collier cervical est mis en place avant tout déplacement de la vic7me : mobilisa7on, désincarcéra7on, relevage et toujours à deux secouristes en maintenant, à deux mains, la tête en posi7on neutre. Son retrait ne peut être fait que sous la responsabilité d’un médecin.

• placer la vic7me en PLS à deux secouris-­‐ tes pour maintenir la liberté des voies aériennes ;

Une palpa7on sommaire permet de déﬁnir au préalable le côté de retournement lors de la PLS ;

• compléter le bilan d’urgence vitale ;

• demander un renfort médicalisé ;

1. Le retournement de la victime sur le dos permet de s’assurer avec certitude de la présence de la respiration et de la faciliter.
2. Le maintien à deux mains de la tête de la victime permet de limiter les mouvements de celle-ci dans l’attente d’une immobilisation correcte au moyen d’un collier cervical.
3. Le retrait du casque est réalisé à sauveteurs afin de limiter toute mobilisation de la tête et de la nuque de la victime qui pourrait aggraver son état ou entraîner des séquelles graves.
   * réaliser l’aspira7on des sécré7ons si la vic7me présente des signes d’encombrement des voies aériennes supérieures aﬁn d’améliorer la respira7on ;
   * administrer de l’oxygène par inhala7on, si nécessaire ;
   * compléter le bilan et le transmeFre ;
   * surveiller la vic7me, par7culièrement la respira7on ;
   * protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Perte de connaissance en sauveteur isolé

#### Seul et en l’absence de matériel

* + Iden7ﬁer la perte de connaissance ;
  + appeler « à l’aide » aﬁn d’obtenir une aide de la part d’un témoin qui pourra demander un renfort ;
  + assurer la liberté des voies aériennes1 ;

Si la vic7me est allongée sur le ventre, la retourner sur le dos2 ;

* + rechercher la présence de la respira7on ;
  + placer la vic7me en posi7on latérale de sécurité à un sauveteur ;
  + alerter ou faire alerter les secours médicalisés ;
  + compléter le bilan ;
  + surveiller la vic7me ;
  + protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

1. La libération des voies aériennes par simple élévation du menton et sans bascule de la tête en arrière est préférable chez une victime suspectée d’un traumatisme de la nuque car la bascule de la tête en arrière entraîne une extension du cou préjudiciable.
2. Le retournement de la victime sur le dos permet de s’assurer avec certitude de la présence de la respiration et de la faciliter.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 04 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Section de membre

#### Définition

Il y a sec7on de membre lorsque tout ou par7e d’un membre est sec7onné ou arraché.

CeFe sec7on ou cet arrachement s’accompagne souvent d’une hémorragie externe au niveau de l’extrémité de la zone sec7onnée (moignon) dont la survenue peut être retardée de plusieurs minutes.

#### Causes

La sec7on ou l’arrachement d’un membre est toujours d’origine trauma7que.

#### Risques & Conséquences

Les conséquences sont les mêmes que celles d’une hémorragie externe.

Il est parfois possible de « réimplanter » chirurgi-­‐ calement un membre amputé.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + d’arrêter le saignement et de luFer contre la détresse circulatoire ;
  + de retrouver et préserver le membre sec7onné.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 04 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Section de membre

* + - Arrêter l’hémorragie immédiatement ;
    - réaliser un pansement compressif sur le moignon en l’absence de saignement ;
    - compléter le bilan d’urgence vitale, si nécessaire ;
    - luFer contre la détresse circulatoire ;
    - réaliser un bilan complémentaire à la recher-­‐ che d’autres signes ou lésions et réaliser les gestes de secours nécessaire ;
    - demander un avis médical en transmeFant le bilan ;
    - condi7onner le membre sec7onné ;
    - surveiller la vic7me.

## Malaises et affections spécifiques

VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 05 | C | 01 | Crise convulsive généralisée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 05 | C | 01 | Crise convulsive généralisée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 05 | C | 02 | Crise d’asthme | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 05 | C | 02 | Crise d’asthme | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 05 | M | 01 | Malaise chez le diabé7que | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 05 | M | 01 | Malaise chez le diabé7que | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 05 | M | 02 | Malaise et aggrava7on de maladie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 05 | M | 02 | Malaise et aggrava7on de maladie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 05 | R | 01 | Réac7on allergique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 05 | R | 01 | Réac7on allergique | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 05 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Crise convulsive généralisée

#### Définition

La crise convulsive généralisée est une perturba7on de l’ac7vité électrique cérébrale d’une par7e du cerveau qui se traduit extérieurement par une perte de connaissance accompagnée de mouvements incontrôlés de tout le corps (convulsion généralisée).

#### Causes

Les crises convulsives peuvent avoir de nombreuses causes dont :

* + - le trauma7sme crânien ou ses séquelles ;
    - certaines maladies entraînant des lésions cérébrales (infec7ons, tumeurs, AVC) ;
    - l’absorp7on de certains poisons ou toxiques ;
    - l’hypoglycémie ;
    - le manque d’oxygène au niveau du cerveau par7culièrement dans les premières secondes d’un arrêt cardiaque ;
    - une maladie appelée « épilepsie » qui est habituellement contrôlée par des médica-­‐ ments.

Les enfants, plus par7culièrement les nourrissons, peuvent présenter des convulsions lors de fortes ﬁèvres.

#### Risques & Conséquences

La survenue d’une crise convulsive peut être à l’origine :

* + - de trauma7smes au moment de la chute ou des mouvements incontrôlés ;
    - d’une obstruc7on des voies aériennes chez une vic7me sans connaissance si elle est laissée sur le dos ou si elle vomit (détresse respiratoire).

#### Signes

La crise convulsive généralisée est facilement iden7ﬁable au cours du bilan d’urgence vitale. Elle se caractérise :

* + dans un premier temps, par la survenue d’une perte brutale de connaissance avec chute de la vic7me ;
  + ensuite, par la survenue d’une raideur de la vic7me et des secousses musculaires involontaires touchant un ou plusieurs membres, accompagnées d’une contracture des muscles de la mâchoire ;

CeFe phase dure en règle générale moins de cinq minutes, période pendant laquelle la vic7me peut se mordre la langue ;

* + enﬁn, après les secousses, la vic7me reste sans connaissance quelques minutes. Elle peut aussi perdre ses urines ou présenter une respira7on bruyante.

Lorsqu’elle reprend progressivement conscience, elle peut être hébétée ou se comporter de manière étrange et ne se souvenir de rien (amnésie des circonstances).

Dans certains cas, elle peut enchaîner plusieurs crises convulsives avec ou sans reprise de conscience entre les crises. C’est l’état de mal épilep7que.

Chez le nourrisson, la crise convulsive est habituelle-­‐ ment provoquée par la ﬁèvre lors d’une maladie infec7euse ou d’une exposi7on exagérée à la chaleur. Elle s’accompagne :

* + d’une révulsion oculaire ;
  + d’une hypotonie ;
  + d’un tremblement des paupières ;
  + d’une pâleur ou d’une cyanose, en cas d’arrêt de la respira7on.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on du sauveteur doit permeFre :

* + d’éviter que la vic7me ne se blesse ;
  + d’éviter l’appari7on d’ une détresse respiratoire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 05 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Crise convulsive généralisée

Ne jamais contraindre les mouvements de la vic7me durant toute la crise.

#### Chez l’adulte ou l’enfant

Au début de la crise :

* + - éviter que la vic7me ne se blesse ;
    - allonger la vic7me au sol, si elle n’est pas déjà dans ceFe posi7on ;
    - écarter les personnes qui sont autour.

Pendant la crise :

* + - glisser si possible un vêtement ou une couverture sous et autour de sa tête, sans recouvrir les voies aériennes, pour la protéger ;
    - écarter tout objet qui pourrait être trauma-­‐ 7sant.

Au décours de la crise :

* + - débuter la procédure face à une vic7me en arrêt cardiaque, si elle ne respire plus ;
    - la placer en PLS, si elle est a perdu connaissance et respire puis :
      * rechercher d’éventuels signes de trauma-­‐ 7sme ;
      * noter l’heure de survenue et la durée de la crise.

Lorsque la vic7me redevient consciente,

* + - la garder au calme ;
    - poursuivre le bilan ;
    - la rassurer ;
  + la surveiller jusqu’à ce qu’elle retrouve un état normal de conscience ;
  + transmeFre sans délai un bilan si :
    - la convulsion généralisée dure plus de cinq minutes ou se répète ;
    - le retour rapide de la conscience n’a pas lieu ;
    - la vic7me est diabé7que ou trauma7sée ;
    - de signes pouvant faire évoquer un AVC sont présents ;
    - la vic7me est une femme enceinte en ﬁn de grossesse (dernier trimestre) ;
    - la vic7me présente une crise convulsive pour la première fois ;
    - une détresse vitale est présente ;
    - la vic7me est connue pour faire des crises convulsives mais que la crise qui est survenue est diﬀérente des crises habituelles ou si elles surviennent plus fréquemment.

Dans tous les autres cas : conseiller à la vic7me de prendre contact avec son médecin.

#### Chez le nourrisson

La prise en charge est iden7que à celle de l’adulte mais il faut en plus :

* + prendre la température de l’enfant ;
  + découvrir l’enfant, placer des linges humides sur son front et sa nuque ;
  + aérer et ven7ler la pièce ;
  + transmeFre un bilan, systéma7quement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 05 C 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Crise d’asthme

#### Définition

La crise d’asthme est provoquée par un rétrécissement brutal du calibre des bronchioles (pe7tes bronches) qui rend la respira7on diﬃcile.

Les asthma7ques ont souvent avec eux des médicaments sous forme d’aérosol doseur (spray) qu’ils u7lisent en cas de crise pour la faire céder. Ces médicaments entraînent une dilata7on des pe7tes bronches et facilitent la respira7on.

#### Causes

La crise d’asthme peut être déclenchée par certains facteurs favorisants comme :

* + - une allergie ;
    - une infec7on ;
    - certains médicaments ;
    - la fumée ou un gaz irritant ;
    - l’eﬀort ;
    - une forte émo7on…

#### Risques & Conséquences

La crise d’asthme rend la respira7on diﬃcile et peut entraîner une détresse respiratoire.

#### Signes

Les signes apparaissent chez une personne souvent connue comme étant asthma7que.

Dans sa forme grave, le bilan d’urgence vitale fait apparaitre une vic7me consciente, très angoissée, qui se plaint de respirer diﬃcilement, qui refuse de s’allonger et qui demande à rester assise.

Lors de l’examen, on peut constater :

* + l’impossibilité pour la vic7me de parler ;
  + une agita7on ;
  + un siﬄement à l’expira7on.

En ﬁn de compte, on se retrouve devant une vic7me qui présente une détresse respiratoire.

En l’absence d’une prise en charge rapide ou parfois brutalement, la vic7me peut perdre connaissance et présenter un arrêt cardiaque.

Dans sa forme la plus légère, la vic7me consciente se plaint d’une gêne respiratoire modérée, sans modiﬁca7on importante de la fréquence respiratoire.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de :

* + faciliter la respira7on de la vic7me ;
  + demander un avis médical, dans tous les cas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 05 C 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Crise d’asthme

#### La victime a perdu connaissance

* + - appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si la vic7me ne respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps).
    - appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, si elle respire, même diﬃcilement.

#### La victime est consciente

* + - Soustraire la vic7me aux facteurs qui pour-­‐ raient avoir déclenché la crise (atmosphère enfumée, polluée, poussière) ;
    - installer la vic7me dans la posi7on où elle se sent le mieux pour respirer, il s’agit souvent de la posi7on assise1 ou demi-­‐assise ;
    - dégrafer tout ce qui pourrait gêner sa respira7on ;
    - rassurer la vic7me, lui demander de rester calme ;
    - aider la vic7me à prendre un médicament ou u7liser un aérosol doseur, si elle reconnaît la crise d’asthme et a le médicament en sa possession ;
    - administrer de l’oxygène en inhala7on si nécessaire ;
    - demander un avis médical en transmeFant le bilan ;
    - surveiller la vic7me.

1 La position assise ou demi-assise facilite la respiration et soulage la victime.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 05 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Malaise chez le diabétique

#### Définition

Comme l’oxygène, le sucre est essen7el au fonc7on-­‐ nement de l’organisme et notamment du cerveau. L’organisme produit une hormone appelée « insuline » qui intervient dans le transport et la pénétra7on du sucre dans les 7ssus.

Le diabète est une maladie au cours de laquelle l’organisme, par manque de produc7on de ceFe hormone, n’arrive pas à réguler le passage et l’u7lisa7on du sucre qui est transporté par le sang vers les 7ssus du corps et qui s’accumule dans le sang.

Les diabé7ques doivent surveiller aFen7vement la quan7té de sucre présente dans leur sang. Ils u7lisent un lecteur de glycémie qui permet, à par7r d’une gouFe de sang prélevée au niveau du doigt, de mesurer et de surveiller le taux de sucre dans le sang. Un régime alimentaire adapté et un traitement médical régulier leur permeFent de réguler l’u7lisa7on du sucre par l’organisme.

Un apport insuﬃsant de sucre ou un excès de traitement peuvent entraîner un manque grave de sucre à l’origine d’un malaise : c’est « l’hypoglycémie ».

La plupart des diabé7ques connaissent ce risque et ont sur eux un morceau de sucre qu’ils doivent prendre immédiatement en cas de malaise pour faire remonter le taux de sucre rapidement. Cependant, la survenue du malaise est parfois très brutale.

#### Causes

Les malaises par manque de sucre sont fréquents chez le diabé7que et sont facilités par :

* une alimenta7on inadaptée ;
* un exercice physique inhabituel ;
* l’excès de traitement ;
* la déshydrata7on ;
* la ﬁèvre…

#### Risques & Conséquences

Lorsque le taux de sucre diminue, le fonc7onnement du cerveau est rapidement altéré et une détresse neurologique s’installe pouvant aller jusqu'à une perte de connaissance.

#### Signes

Les signes apparaissant chez une personne connue comme étant diabé7que peuvent être constatés dès le bilan d’urgence vitale lorsque celle-­‐ci présente :

* un trouble du comportement (prostra7on, agita7on, agressivité, signes d’ébriété sans consomma7on d’alcool) ;
* des sueurs abondantes ;
* une pâleur.

Dans sa forme la plus grave, la vic7me peut perdre connaissance, présenter des convulsions généralisées ou des signes pouvant faire évoquer un accident vasculaire cérébral.

Lors du bilan complémentaire, la vic7me peut se plaindre :

* d’avoir faim ;
* d’être très fa7guée et d’avoir mal à la tête ;
* de sen7r son cœur baFre rapidement ;
* de tremblements.

Lors de l’interrogatoire de la vic7me ou de son entourage, il est possible d’apprendre que celle-­‐ci est diabé7que.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de préserver la respira7on tout en maintenant la liberté des voies aériennes, si la vic7me a perdu connaissance ;
* d’aider la vic7me à faire remonter le taux de sucre dans son sang, si elle est consciente ;
* de demander un avis médical, dans tous les cas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 05 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Malaise diabétique

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir adaptée.

#### La victime est consciente

En l’absence d’une détresse vitale évidente :

* + réaliser le bilan complémentaire ;
  + aider la vic7me à prendre une boisson sucrée ou du sucre en morceau (20 gr.), si l’origine du malaise est inconnue ;
  + demander un avis médical en transmeFant le bilan :
    - si son état ne s’améliore pas rapidement ;
    - en cas de doute.
  + surveiller la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 05 M 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Malaise et aggravation de maladie

#### Définition

Le malaise est une sensa7on pénible, traduisant un trouble du fonc7onnement de l’organisme, sans que la personne qui en est vic7me puisse en iden7ﬁer l'origine. Ce trouble peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive, ou correspondre à une maladie qui s’aggrave.

Parfois, la vic7me ne se rend pas compte de son trouble ou ne peut l’exprimer, c’est alors son entourage qui constate une anomalie et qui demande d’intervenir.

Certaines personnes présentent des malaises répé77fs, souvent iden7ques, typiques d’une maladie (troubles cardiaques, diabète, asthme).

On dis7ngue couramment :

* + le malaise bénin, qui est le plus courant, pour lequel la vic7me ne montre pas de détresse vitale et dont les signes disparaissent après quelques minutes de repos ;

Ce type de malaise a souvent une cause facilement iden7ﬁable :

* + - fa7gue et manque de sommeil ;
    - stress, émo7on, colère ;
    - douleur violente ;
    - erreurs alimentaires : repas copieux bien arrosé ou jeûne trop prolongé ;
  + le malaise grave, qui peut être révélateur d'une situa7on pouvant à tout moment entraîner une détresse vitale.

Les manifesta7ons que présente la vic7me peuvent être caractéris7ques d’une maladie poten7ellement grave et les signes, intenses et localisés, ne s’améliorent pas spontanément ou se répètent malgré la mise au repos.

#### Causes

De nombreuses causes peuvent entraîner un malaise ou l’aggrava7on d’une maladie, telles que :

* + une modiﬁca7on des condi7ons de vie : alimenta7on (jeûne prolongé, excès alimen-­‐ taire), exercice physique (intense, prolongé, inhabituel), surmenage, fa7gue, manque de sommeil, stress, émo7ons, traitements médicamenteux (prescrip7on récente, modiﬁ-­‐

ca7on de posologie, arrêt brutal d’un traite-­‐ ment au long cours).

* l’expression d’un problème de santé non connu, comme :
  + un accident vasculaire cérébral ou un trauma7sme cérébral accidentel récent ;
  + une hypo ou hyper-­‐tension artérielle ;
  + une hypo ou hyper-­‐glycémie ;
  + une ﬁèvre élevée.
* l’exposi7on à des facteurs thermiques extrêmes induisant :
  + une hypothermie par exposi7on acciden-­‐ telle au froid ;
  + une hyperthermie (coup de chaleur, par exemple) ;
* l’exposi7on à un produit toxique : monoxyde de carbone, drogue, alcool…

#### Signes

Au cours du bilan d’urgence vitale, la vic7me est consciente. Elle peut présenter des signes de gravité tels que :

* une sensa7on de froid ;

La vic7me est couverte de sueurs, sans avoir fourni d’eﬀort ou sans que la température ambiante en soit la cause ;

* une pâleur intense ;
* une diﬃculté à respirer ;

La vic7me ne peut plus parler ou le fait avec de grandes diﬃcultés ;

* une paralysie du bras ou de la jambe, même transitoire ;
* une diﬃculté à parler ainsi qu’une déforma7on de la bouche ;
* une température de la peau, en par7culier chez le nourrisson et la personne âgée, très élevée ou très basse après une exposi7on prolongée respec7vement à la chaleur ou au froid.

En l’absence de signe de détresse vitale rapidement iden7ﬁable, c’est le bilan complémentaire qui permet de retrouver les signes d’un malaise.

L’analyse de la plainte de la vic7me permet de meFre en évidence des sensa7ons par7culières (symptômes) tels que :

* + une angoisse, exprimée par des mots, tels que

« Je ne me sens pas bien, je me sens mal, je vais mourir… » ;

* + une douleur « dans la poitrine » ou « au ventre », inhabituelle ;
  + une diﬃculté à respirer ;
  + une faiblesse brutale et intense ;
  + une diﬃculté à réaliser certains mouvements ;
  + des troubles visuels ou audi7fs ;
  + une sensa7on de chaleur ou de froid ;
  + des nausées, ver7ges ;
  + des maux de têtes intenses et récentes.

L’interrogatoire permet de retrouver parfois des antécédents médicaux (maladies) ainsi que l’existence d’un traitement à prendre régulièrement ou en cas de malaise.

L’examen de la vic7me permet de meFre en évidence des signes tels que :

* + une diﬃculté d’élocu7on, une paralysie d’une par7e du corps, des troubles de l’orienta7on dans l’espace (où sommes-­‐nous ?), dans le

temps (d’après vous, quelle est la date d’aujourd’hui ?) ;

* des tremblements ;
* des extrémités bleutées (cyanose) ;
* une fréquence cardiaque supérieure à 120 baFements par minute ou inférieure à quarante baFements par minute ;
* une fréquence respiratoire supérieure à vingt mouvements par minute ;
* des vomissements, des diarrhées.

#### Risques & Conséquences

Une malaise grave peut à tout moment évoluer vers une détresse vitale.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’apprécier la gravité du malaise ou de l’aggrava7on d’une maladie ;
* d’installer la vic7me dans une posi7on confortable ;
* de demander un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 05 M 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Malaise et aggravation de maladie

* + MeFre au repos :
    - en posi7on assise ou demi-­‐assise, en cas de gêne respiratoire1 ;
    - en posi7on allongée (sur un lit, un brancard ou à même le sol)2, le plus souvent ;
    - dans le posi7on ou la vic7me se sent le mieux, en cas de refus d’adopter les posi7ons pré-­‐citées.
  + aider la vic7me à :
    - dégrafer ses vêtements, en cas de gêne ;
    - prendre son médicament ou du sucre si c’est nécessaire ;
  + rassurer la vic7me ;
  + protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries ;

Si nécessaire, l’installer à l’abri et la soustraire des autres nuisances : bruit, foule…

* + transmettre les informations recueillies pour avoir un avis médical et appliquer les consignes ;
  + surveiller la vic7me.

1. La position assise ou demi-assise facilite la respiration et soulage la victime.
2. La position allongée est importante car un malaise bénin cède spontanément une fois la victime dans cette position.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 05 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Réaction allergique

#### Définition

L’allergie est une réac7on de l’organisme à une substance étrangère qu’il touche, inhale, avale ou qui lui est administrée (pollen, aliment, produit chimique, médicaments, venins).

#### Causes

L’allergie est souvent due :

* + au pollen ;
  + aux aliments ;
  + aux produits chimiques ;
  + aux médicaments ;
  + aux venins.

#### Risques & Conséquences

En l’absence d’une prise en charge rapide ou parfois brutalement, la vic7me peut perdre connaissance et présenter un arrêt cardiaque.

Dans sa forme la plus légère, le secouriste retrouve au cours du bilan complémentaire des manifesta7ons mineures qui traduisent une réac7on allergique comme :

* un écoulement nasal et des éternuements (rhume des foins) ;
* une modiﬁca7on de la voix, qui devient rauque ;
* un gonﬂement de la peau du visage ;
* l’appari7on de plaques rouges sur la peau avec démangeaisons (ur7caire qui peut devenir généralisée) ;
* des troubles diges7fs avec diarrhées, vomissements.

Ces manifesta7ons peuvent être isolées, associées ou annoncer une aggrava7on.

Les réac7ons allergiques peuvent entrainer des

manifesta7ons mineures ou graves dont certaines

peuvent évoluer rapidement vers l’arrêt cardiaque.

#### Signes

Ces manifesta7ons peuvent survenir chez une personne qui connaît son allergie ou qui présente ces signes pour la première fois.

Dans sa forme grave, la vic7me qui présente, au cours du bilan d’urgence vitale :

* + une détresse respiratoire par crise d’asthme ou par obstruc7on des voies aériennes secondaire à un gonﬂement des muqueuses de la bouche et de la gorge ;
  + une détresse circulatoire.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de réaliser les gestes de secours qui s’imposent ;
* d’aider la vic7me à s’administrer un médica-­‐ ment, si nécessaire ;
* de demander un avis médical, dans tous les cas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 05 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Réaction allergique

#### La victime présente une détresse vitale

* + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si la vic7me ne respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps) ;
  + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, même si elle respire diﬃcilement ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse de l’une des fonc7ons vitale.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale

Si la vic7me reconnait son allergie et possède un traitement :

* + réaliser le bilan complémentaire ;
  + aider la vic7me à s’administrer, à sa demande, le traitement qu’elle u7lise dans ce cas ;
  + compléter le bilan ;
  + transmeFre un bilan et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller la vic7me.

Si la vic7me reconnait son allergie et ne possède pas un traitement, ou n’en a pas :

* + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me présentant un malaise ou une aggrava7on de maladie.

## Atteintes circonstancielles

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | VERSION | MISE À JOUR |
| AC | 06 | A | 01 | Accident électrique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | A | 01 | Accident électrique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | A | 02 | Accidents liés à la plongée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | A | 02 | Accidents liés à la plongée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | A | 03 | Accouchement inopiné | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | A | 01 | Accouchement inopiné | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | A | 03 | Prise en charge du nouveau né à la naissance | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | A | 04 | Aﬀec7ons liées à la chaleur | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | C | 01 | Crampes | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | I | 01 | Insola7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | H | 01 | Hyperthermie maligne d’eﬀort ou épuisement à la chaleur | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | C | 01 | Compression de membre | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | C | 02 | Compression de membre | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | E | 01 | Eﬀet de souﬄe | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | E | 01 | Eﬀet de souﬄe | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | G | 01 | Gelures | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | G | 01 | Gelures | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | H | 01 | Hypothermie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | H | 02 | Hypothermie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | I | 01 | Intoxica7ons | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | I | 02 | Intoxica7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | I | 03 | Intoxica7on en environnement toxique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | N | 01 | Noyade | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | N | 01 | Noyade | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | P | 01 | Pendaison, strangula7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | P | 01 | Pendaison, strangula7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 06 | P | 02 | Piqûres et morsures | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 06 | P | 02 | Piqûres et morsures | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accident électrique

#### Définition

Un accident électrique est la conséquence du passage du courant dans l’organisme ou d’un dégagement anormal de chaleur ou de lumière lors d’un phénomène électrique.

L’électrisa7on est l’ensemble des lésions provoquées par le passage d’un courant électrique à travers le corps.

Le terme électrocu7on est réservé à une électrisa7on mortelle, soit immédiatement, soit très précocement.

#### Causes

On dis7ngue diﬀérents types d’accidents électriques :

* + l’accident par contact avec deux conducteurs sous tension ou un conducteur sous tension et la terre ;
  + l’accident lié à la produc7on d’un arc électrique ;
  + le foudroiement : ac7on de la foudre sur le corps humain.

En France, on es7me à une centaine par an le nombre d’accidents mortels d’origine électrique, toutes origines confondues :

* + accidents du travail ;
  + accidents domes7ques : appareils ménagers électriques défectueux, surtout en ambiance humide (cuisine, salle de bain), bricolage d’installa7on électrique, enfants en bas âge en phase de découverte...
  + accidents dus à des conduites à risque (ascension de pylônes, marche sur le toit d’un wagon à proximité d’une caténaire...) ;
  + accidents de loisirs : parapente, pêche, cerf-­‐ volant à proximité de lignes à haute tension…
  + foudroiement. La foudre étant la forme d’électricité naturelle la plus dangereuse, responsable d’une vingtaine d’accidents mortels par an.

#### Risques & Conséquences

Le passage du courant dans l’organisme peut entraîner :

* une perte de connaissance par aFeinte du système nerveux central ;
* un arrêt de la respira7on par aFeinte du système nerveux ou par tétanisa7on des muscles respiratoires ;
* un arrêt de la circula7on suite à un arrêt respiratoire prolongé ou par survenue d’un fonc 7 onnement anarchique du cœur (ﬁbrilla7on ventriculaire), lors du passage du courant à travers le cœur ;
* une brûlure thermique souvent grave, par ﬂash ou arc électrique lors d’un court-­‐circuit ;
* une brûlure électrique interne sur le trajet de passage du courant dont seuls sont visibles les points d’entrée et de sor7e qui doivent être systéma7quement recherchés ;
* des trauma7smes divers, en par7culier de la colonne vertébrale, notamment cervicale, si la vic7me a été projetée.

Les courants à haute tension (≥ 1000 V) provoquent des brûlures profondes.

Les courants de basse tension (< 1000 V) provoquent surtout des fonc7onnements anarchiques du cœur (ﬁbrilla7on ventriculaire).

#### Signes

L’accident électrique est habituellement évoqué lors du bilan circonstanciel.

Les signes présentés par la vic7me ne sont pas spéciﬁques.

Au bilan d’urgence vitale la vic7me peut être consciente ou avoir perdu connaissance, en arrêt respiratoire ou cardio-­‐respiratoire ou présenter une détresse.

Au bilan complémentaire, elle peut présenter des brûlures plus ou moins étendues ou des trauma7smes associés.

Même si la vic7me ne présente aucun signe, des manifesta7ons secondaires peuvent apparaître. Un avis médical est indispensable.

#### Principe de l’action de secours

Tout en intervenant en sécurité, l’ac7on de secours doit permeFre :

* + de réaliser les gestes de secours adaptés en cas d’arrêt cardiaque ou de détresse vitale ;
  + de prendre en charge les brûlures provoquées (ﬂash ou arc électrique) ;
  + d’obtenir un avis médical, systéma7quement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accident électrique

* + S’assurer que la vic7me n’est pas en contact direct ou indirect (eau) avec un conducteur endommagé (ﬁl électrique, appareil ménager sous tension) ou un câble électrique de haute tension au sol ;

Dans le cas contraire :

* + - ne pas s’approcher ou toucher la vic7me avant d’être certain que l’alimenta7on est coupée (pour le courant haute tension, avoir été aver 7 par les autorités responsables) ;
    - faire écarter immédiatement les personnes présentes et leur interdire de toucher la vic7me ;
  + couper le courant (débrancher l’appareil en
  + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, même si elle respire diﬃcilement ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse de l’une des fonc7ons vitale ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée face à une brûlure thermique et électrique1 ;

• compléter le bilan ;

• demander un avis médical et appliquer les consignes reçues ;

Si la vic7me est une femme enceinte, le préciser lors de la transmission du bilan car il existe un risque pour le fœtus.

cause) ou le faire couper par une personne

qualiﬁée (EDF, SNCF…), si possible ;

• adapter les gestes de secours à l’état de la vic7me :

• appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si elle ne respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps).

#### Véhicule en contact accidentel avec une ligne électrique

* Ne pas s’approcher du véhicule ;
* ordonner aux occupants qui sont à l’intérieur du véhicule de rester dedans, tant que le service compétent n’a pas donné l’assurance que la ligne est hors tension2.

1. Lors d’une électrisation, l’arc électrique ou le flash provoque une brûlure thermique au niveau du point de contact avec la victime. La traversée de l’organisme par le courant provoque en revanche des lésions internes. C’est pourquoi, il convient de prendre en charge la victime simultanément selon le protocole lié à la brûlure thermique comme à celui de la brûlure électrique.
2. Les occupants d’un véhicule ne courent pas de risque tant qu’ils restent à l’intérieur de leur véhicule. En eﬀet, celui-ci est isolé de la terre grâce à ses pneumatiques.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accidents liés à la plongée

#### Définition

L’accident lié à la plongée est l’une quelconque des manifesta7ons qui peut survenir pendant, immédia-­‐ tement après ou dans les vingt-­‐quatre heures qui suivent une plongée en apnée ou en scaphandre autonome.

#### Causes

Les accidents spéciﬁques liés à la plongée ont plusieurs origines et peuvent survenir aussi bien lors d’une plongée en apnée que d’une plongée en scaphandre autonome. On dis7ngue plusieurs types d’acc-­‐ idents dont les principaux sont :

* + les accidents de surpression (ou accidents biomécaniques).

Ce sont des accidents provoqués par une varia7on brutale des volumes de gaz de l’organisme au cours de la remontée, parfois lors de la descente d’une plongée.

Ils surviennent à toutes les profondeurs. Ils aFeignent les cavités gazeuses de l’organisme c’est-­‐à-­‐dire les poumons et le tube diges7f (à la remontée), les oreilles et les sinus (à la

le cerveau. On appelle cela un accident de désatura7on ou décompression.

Cet accident peut survenir lors d’un voyage en avion trop proche de la dernière plongée.

• les accidents toxiques (ou accidents biochimiques).

Lors de la plongée, le plongeur respire de l’air (ou mélange) sous pression (oxygène et azote). Avec la profondeur, la pression des gaz augmente. La quan7té de gaz dissous dans les 7ssus augmente et peut devenir toxique.

Des gaz toxiques peuvent venir s’ajouter à la composi7on de l’air dans les bouteilles lors de leur remplissage, par7culièrement si le local du compresseur n’est pas en conformité. Ce sont des gaz appelés polluants : gaz carbonique, monoxyde de carbone, vapeurs d’huile.

• les accidents de plongée en apnée après hyperven7la7on.

L’hyperven7la7on préalable à la plongée en apnée peut provoquer une insensibilité à la baisse de la quan7té d’oxygène dans le sang responsable de troubles du jugement voire de perte de connaissance. Ce trouble est responsable de noyades.

descente), ainsi que les dents (caries).

La surpression pulmonaire est l’accident le plus grave car elle peut entraîner la mort du plongeur. Elle est la conséquence d’un blocage de l’expira7on ou d’une expira7on insuﬃsante. Pendant une remontée trop rapide, l’air dilate les alvéoles pulmonaires et comme il ne peut s’échapper, il les distend puis les déchire. La surpression est favorisée par une réac7on de panique ou des problèmes de matériel.

• les accidents de décompression (ou accidents biophysiques).

Lors d’une plongée, les gaz inspirés (principalement l’azote) se dissolvent dans le sang et les 7ssus, d’autant plus que la durée de la plongée est longue et profonde. Lors de la remontée, les 7ssus libèrent l’azote dissous qui s’élimine par les poumons.

Lorsque la remontée est trop rapide, il se forme des bulles qui se bloquent dans les capillaires des 7ssus, en par7culier sous la peau, dans les ar7cula7ons, la moelle épinière,

#### Risques & Conséquences

Selon le type d’accident, les risques comme les conséquences occasionnés à la vic7me peuvent varier :

• les accidents de surpression provoque la distension et la déchirure des alvéoles entraînent un passage de l’air dans les diﬀérents espaces entourant le poumon :

• dans la plèvre (pneumothorax) ;

• entre les deux poumons ;

• sous la peau par7culièrement à la base du cou (emphysème sous-­‐cutané).

CeFe déchirure peut provoquer un passage de l’air dans les vaisseaux pulmonaires puis dans la circula7on générale. Les bulles de gaz peuvent aFeindre le cerveau et donner des manifesta7ons neurologiques.

• les accidents de décompression permeFent la créa7on de bulles au niveau de la moelle épinière, du cerveau, de l’oreille et du cœur et

de la peau entrainant une interrup7on de la circula7on qui s’aggrave par créa7on de caillots.

En fonc7on de l’importance du phénomène, les conséquences peuvent être mineures, se limiter à des fourmillements cutanés et des douleurs ou majeures comme la survenue d’une paralysie ou d’un arrêt cardiaque.

• les conséquences principales des concentra-­‐ 7ons toxiques des gaz sont des perturba7ons de l’état de conscience du plongeur pouvant entraîner un accident de décompression par remontée rapide et/ou une noyade. Ces accidents surviennent d’autant plus fréquemment que la plongée est profonde et d’une longue durée.

#### Signes

Le bilan circonstanciel permet de constater que l’on est en présence d’une vic7me qui vient de réaliser une plongée dans les vingt-­‐quatre heures qui précèdent l’appari7on des signes.

Lors du bilan d’urgence vitale, elle peut présenter :

• une perte de connaissance ;

• un arrêt cardiaque ;

• une aFeinte neurologique caractérisée par une hémiplégie du corps ;

• des convulsions ;

• une détresse respiratoire avec cyanose, toux et crachement de sang ou une gêne respiratoire objec7vée par une accéléra7on des fréquences respiratoire et cardiaque et une baisse de la satura7on artérielle en oxygène ;

• une détresse circulatoire.

Si la vic7me est consciente, elle peut se plaindre :

* de maux de tête ;
* de ver7ges et d’étourdissements ;
* de fourmillements et engourdissement des membres ;
* de douleur de la poitrine ou dans le dos plus ou moins intenses ;
* de douleurs des ar7cula7ons ;
* d’une sensa7on de piqûre sous la peau surtout au niveau des membres inférieurs ;
* de crampes.

L’examen permet de constater, éventuellement :

* des troubles de la parole, de la vision ou de l’audi7on ;
* des troubles psychiques et du raisonnement, de l’aFen7on, de la mémoire et de l’humeur ;
* de signes cutanés et ou musculo-­‐squeleÄques, comme la percep7on à la palpa7on d’air sous la peau, par7culièrement à la base du cou.

Toutes manifesta7ons inhabituelles ou anormales qui surviennent pendant, immédiatement après ou dans les vingt-­‐quatre heures qui suivent une plongée doivent être considérées comme un accident de plongée

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de :

* limiter l’évolu7on et l’extension des lésions (luFer contre la détresse vitale, contre le refroidissement et la déshydrata7on) ;
* recueillir toutes les informa7ons nécessaires par7culièrement celles liés à la plongée ;
* faciliter l’évacua7on de la vic7me vers un service spécialisé dans les accidents de plongée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accidents liés à la plongée

* + déséquiper la vic7me et la sor7r le plus rapidement possible de l’eau ;

Si la vic7me présente une détresse vitale :

* + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si la vic7me ne respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps) ;
  + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, même si elle respire diﬃcilement ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse neurologique, respiratoire ou circulatoire.

En l’absence de détresse vitale :

* + installer la vic7me en posi7on adaptée ou demi-­‐assise si elle préfère ;
  + administrer de l’oxygène en inhala7on à l’aide d’un masque à haute concentra7on à un débit de 15 l.min-­‐1, quelle que soit la satura7on en oxygène ;
  + déshabiller et sécher la vic7me ;
  + envelopper la vic7me dans une couverture ;
  + faire boire de l’eau plate (0,5 à 1 l en une heure), sauf si la vic7me présente des vomissements ou refuse de boire ;
  + transmeFre le bilan et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller la vic7me.

Dans tous les cas, avant de transmeFre le bilan :

* + rechercher auprès de la vic7me, ou de son entourage, les renseignements suivants :
    - le lieu de la plongée ;
    - type de plongée (en apnée ou en scaphandre autonome) ;
    - le nombre de plongées dans les vingt-­‐quatre heures précédant l’action de secours ;
    - la profondeur maximale de la plongée et sa durée ;
    - le nombre, la profondeur et la durée des paliers ;
    - l’heure de sor7e de l’eau ;
    - la table de plongée u7lisée ;
    - la survenue d’incidents à la remontée ;
    - la vitesse de remontée : normale (10 à 15 m.min-­‐1) rapide (>17 m.min-­‐1) ou en panique ;
    - l’heure de survenue des signes observés.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 A 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accouchement inopiné

#### Définition

L’accouchement inopiné est l’acte de meFre au monde un nouveau-­‐né hors d’une maternité. Il peut survenir avant l’arrivée des secours ou en leur présence.

On appelle parturiente une femme enceinte sur le point d’accoucher. Normalement l’accouchement a lieu à trente-­‐neuf semaines de grossesse soit quarante et une semaines d’aménorrhée (absence de règles).

L’accouchement peut survenir avant, on parle alors d’accouchement prématuré.

* la délivrance :

Il s’agit de la sor7e hors de l’utérus du placenta et du reste du cordon ombilical. Elle survient vingt à trente minutes après la sor7e du nouveau-­‐né.

#### Causes

Les causes d’accouchement inopiné sont mul7ples, allant de la grossesse mal ou non suivie, à la mul7parité.

L’accouchement se déroule en trois étapes :

* + le travail :

A la ﬁn de la grossesse, l’utérus commence à se contracter, de plus en plus régulièrement et de plus en plus fort. La par7e basse de l’utérus commence à s’ouvrir pour pouvoir laisser passer l’enfant. L’ouverture se traduit par la sor7e de glaires sanguinolentes puis d’un liquide clair, c’est la rupture de la poche des eaux. Elle correspond à la perte du liquide dans lequel baigne le fœtus. Le liquide qui s’écoule est normalement clair.

Le travail peut durer de plusieurs minutes à plusieurs heures suivant la personne. Il est habituellement plus rapide chez une femme qui a déjà accouché une ou plusieurs fois.

* + l’expulsion :

L’oriﬁce (col) de l’utérus s’ouvre de plus en plus sous l’eﬀet des contrac7ons. Le fœtus descend vers le vagin, en général la tête la première. Le nouveau-­‐né apparaît alors et progressivement va sor7r du corps de la mère. Une fois expulsé, le nouveau-­‐né est toujours relié à la mère par le cordon ombilical. Le nouveau-­‐né peut alors, après sec7on du cordon ombilical, être pris en charge. L’expulsion peut durer plusieurs minutes.

L’enfant se présente normalement la tête en avant (présenta7on céphalique). Cependant d’autres présenta7ons sont possibles (présenta7on par le siège ou l’épaule) et sont sources de complica7ons parfois très graves ( ra l e n 7 s s e m e nt d e l ’a c co u c h e m e nt , impossibilité d’accoucher, procidence du cordon ombilical).

#### Risques & Conséquences

L’accouchement se déroule normalement sans complica7ons mais il peut parfois entrainer des complica7ons meFant en jeu la vie du fœtus ou de la mère.

#### Signes

Les contrac7ons utérines marquent le début du travail. Elles sont douloureuses mais sont aussi percep7bles en posant doucement la main sur le ventre de la mère. Durant la contrac7on, celui-­‐ci devient très dur puis se relâche. Peu intenses et espacées au début, elles vont devenir de plus en plus fréquentes, rapprochées et douloureuses.

La rupture de la poche des eaux survient secondairement. Le liquide qui s’écoule est normalement clair. CeFe rupture peut survenir alors que la mère ne présente aucune contrac7on utérine. La rupture de la poche des eaux et l’envie irrépressible que la mère ressent de pousser traduisent généralement un accouchement imminent et le début de la phase d’expulsion. Il en est de même si la tête du nouveau-­‐né apparaît à la vulve.

Vingt à trente minutes après l’expulsion, la mère ressent de nouvelles contrac7ons et l’envie de pousser. Ces contrac7ons se traduisent par une expulsion du placenta et de ses annexes. C’est la délivrance.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + de réaliser un bilan, complété par des éléments spéciﬁques de l’accouchement, pour permeFre au médecin d’évaluer l’imminence de l’accouchement et les risques de ce dernier ;
  + d’assister la future maman pendant l’accouchement lorsqu’il n’est plus possible de la transporter à l’hôpital ;
  + d’assurer une prise en charge et une surveillance aFen7ve de la mère ;
  + de prendre en charge un nouveau-­‐né à la naissance.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Accouchement inopiné

#### L’accouchement n’a pas encore eu lieu

* + Installer la future maman sur le côté ; L’installa7on sur le dos est à proscrire.
  + réaliser un bilan d’urgence vitale de la parturiente ainsi qu’un bilan complémentaire ;

Au cours du bilan complémentaire, il convient à l’interrogatoire de la mère, de son entourage ou en consultant le carnet de maternité, de recueillir les éléments spéciﬁques suivants :

* + - le suivi ou non de la grossesse ;
    - le nombre d’accouchements et de g r o s s e s s e s d é j à r é a l i s é e t l e u r déroulement ;
    - la date et le lieu prévus de l’accouchement ;
    - s’il s’agit d’une grossesse simple ou mul7ple et son déroulement ;
    - le type d’accouchement prévu (voie basse ou césarienne) et la nature de la présenta7on (tête, siège, épaule) ;
    - l’heure du début des contrac7ons (douleurs régulières), la durée des contac7ons et l’intervalle entre chaque contrac7on ;
    - si la parturiente a perdu les eaux : l’heure de ceFe perte et la couleur du liquide (transparent, trouble, sanglant).
    - demander un avis médical en transmeFant le bilan.

Si le transport de la parturiente peut être réalisé, après avis médical, il convient de :

* + relever et installer la vic7me sur un brancard, allongée sur le côté et ceinturée ;
  + transporter la vic7me en milieu hospitalier ;
  + surveiller la vic7me durant le transport.

Si le transport de la parturiente ne peut pas être réalisé, après avis médical, l’accouchement doit être réalisé sur place. il convient alors de :

* préparer le matériel nécessaire à l’accou-­‐ chement :
  + bouteille d’oxygène, insuﬄateur manuel pédiatrique, masque d’inhala7on pour la mère ;
  + aspirateur de mucosités avec une sonde adaptée au nouveau-­‐né ;
  + oxymètre de pouls ;
  + servieFes de bain propres et sèches ;
  + récipient pour recueillir les liquides corporels et le placenta.
* meFre des gants à usage unique et se protéger contre le risque de projec7on de liquides (masque, luneFes de protec7on) ;
* installer la mère dans une posi7on demi-­‐assise, cuisses ﬂéchies et écartées, par exemple sur le rebord du lit ;
* réaliser l’accouchement. Pour cela :
  + demander à la future maman d’aFraper ses cuisses avec ses mains et d’hyperﬂéchir ses cuisses sur l’abdomen lorsqu’elle ressent un besoin irrépressible de pousser ou si le haut du crâne du bébé commence à apparaître à la vulve ;
  + lui demander de pousser vers le bas en retenant sa respira7on dès qu’elle ressent la contrac7on et, si possible, jusqu’au maximum de celle ci ;
  + faire reposer les jambes à la ﬁn de la contrac7on utérine ;
  + recommencer la même manœuvre jusqu’à l’appari7on de la moi7é de la tête du bébé ;

Dès lors que la moi7é de la tête du bébé est apparu, cesser alors de faire pousser la mère, laisser se terminer l’expulsion naturellement tout en ralen7ssant la sor7e de la tête en la maintenant d’une main aﬁn d’éviter les déchirures du périnée.

* + accompagner progressivement la sor7e spontanée du bébé. Pour cela :
    - maintenir la tête du bébé avec les deux mains sans s’opposer à sa rota7on au cours de sa descente (généralement la

tête regarde vers le bas puis eﬀectue une rota7on d’un quart de tour sur la droite ou la gauche au cours de sa sor7e) ;

* + - * une fois la tête totalement sor7e, vériﬁer la présence ou non d’un circulaire du cordon autour du cou du nouveau-­‐né ;
    - s’assurer de l’absence d’hémorragie extério-­‐ risée ;

Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-­‐ci, appliquer la conduite à tenir adaptée.

* + - placer un pansement absorbant ;
    - surveiller la mère.

En présence d’une circulaire du cordon,

procéder à son dégagement.

Bien maintenir l’enfant après avoir procédé au dégagement du cordon car le plus souvent la sor7e du nouveau-­‐né est très rapide.

* + - * soutenir le corps du nouveau-­‐né avec les mains placées sous lui au cours de sa sor7e.

Le nouveau-­‐né, recouvert de liquide amnio7que et du sang de la mère, est par7culièrement glissant et doit être maintenu fermement. Ne jamais 7rer sur l’enfant.

* noter l’heure de naissance ;
* assurer la prise en en charge le nouveau-­‐né ;
* surveiller la mère jusqu’à la délivrance.

La délivrance se fait le plus souvent en présence de l’équipe médicale. Toutefois, en son absence, il faut réaliser les ac7ons suivantes :

* laisser sor7r le placenta sans 7rer dessus ni sur le cordon ombilical ;
* recueillir le placenta, dans une cuveFe ou un sac plas7que, une fois expulsé ;

L’acheminer avec la mère à l’hôpital pour vériﬁer son intégrité.

#### L’accouchement est déjà réalisé

* + Réaliser simultanément un bilan complet de la mère et du nouveau-­‐né ;
  + demander un avis médical en transmeFant les deux bilans et appliquer les consignes reçues.

En l’absence d’équipe médicale surveiller la mère et l’assister pendant la délivrance. Pour cela :

* + - laisser sor7r le placenta sans 7rer dessus ni sur le cordon ombilical ;
    - recueillir le placenta, dans une cuveFe ou un sac plas7que, une fois expulsé ;

L’acheminer avec la mère à l’hôpital pour vériﬁer son intégrité.

* + - s’assurer de l’absence d’hémorragie extériorisée ;

Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-­‐ci, appliquer la conduite à tenir adaptée.

* + placer un pansement absorbant ;
  + surveiller la mère ;
  + assurer la prise en charge du nouveau-­‐né.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 P 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Prise en charge du nouveau né à la naissance

* + - poser le nouveau-­‐né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée ;
    - meFre une paire de gants à usage unique propre ;
    - examiner le nouveau né en appréciant :
      * son cri ou sa respira7on ;
      * son tonus (mouvements spontanés des membres) ;
      * sa couleur1.

#### Le nouveau né est en bonne santé

Le nouveau-­‐né en bonne santé présente une respira7on et un cri vigoureux ; un tonus vif, une colora7on rapidement rosée.

* + - mesurer si possible :
      * la satura7on en oxygène ;
      * la fréquence cardiaque au niveau du pouls huméral.
    - protéger le nouveau-­‐né contre le froid. Pour cela :
      * sécher par tamponnement la peau du bébé, à l’aide d’une servieFe propre sèche et 7ède ou le glisser immédiatement dans un sac en polyéthylène sans séchage préalable ;
      * couvrir sa tête à l’aide d’un bonnet en jersey ;
      * envelopper le nouveau-­‐né dans une couverture isotherme en aFendant une prise en charge spécialisée.
  + couvrir la mère ;
  + surveiller le nouveau-­‐né.

Lors de son transport, le nouveau né doit être placé dans un système fermé et ﬁxé (incubateur, lit-­‐auto). Il ne doit pas être transporté sur le ventre de sa mère.

#### Le nouveau né n’est pas en bonne santé

Le nouveau-­‐né n’est pas en bonne santé lorsqu’il ne respire pas ou présente une respira7on anormale, ne crie pas, est hypotonique et pâle.

Dans ce cas demander en urgence un avis médical et appliquer les consignes reçues.

1 A la naissance, un nouveau-né peut présenter une cyanose initiale qui est normale car la saturation en oxygène est basse. En quelques minutes cette cyanose disparait.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 A 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Affections liées à la chaleur

#### Définition

Les aﬀec7ons liées à la chaleur sont des éléva7ons anormales, au-­‐dessus de 38°C, de la température corporelle. Il s’agit de :

* l’hyperthermie maligne d’eﬀort, couramment appelée « coup de chaleur » ;
* l’épuisement lié à la chaleur qui est consécu7f à une exposi7on prolongée à la chaleur ;
* de l’insola7on, qui est consécu7ve à une exposi7on prolongée au soleil.

Les personnes âgées et les nourrissons y sont par7culièrement sensible.

#### Causes

Les aﬀec7ons liées à la chaleur sont dues :

* soit à une exposi7on prolongée à des températures élevées (canicule, enfant dans une voiture..) ;
* soit à un eﬀort important.

Plus la température ambiante est élevée, plus l’organisme a du mal à perdre de la chaleur, surtout si le milieu est chaud et humide, et qu’un eﬀort est produit.

La température centrale de l’organisme s’élève et est associée à une perte d’eau et de sels minéraux.

#### Risques & Conséquences

L’exposi7on prolongée à la chaleur peut entraîner des troubles graves du fonc7onnement de l’organisme avec des aFeintes neurologiques et cardiaques pouvant aller jusqu’au décès.

#### Signes

Le bilan circonstanciel est essen7el. Il permet de constater l’exposi7on à la chaleur (dont le soleil) ou

l’existence d’un contexte propice à l'existence d’un eﬀort important.

Lors du bilan d’urgence vitale, la vic7me peut être consciente ou avoir perdu connaissance, présenter une détresse neurologique avec confusion, trouble du comportement et convulsions ou présenter des signes de détresse circulatoire.

Dans le cas le plus grave, la vic7me est en arrêt cardiaque.

Si la vic7me est consciente elle se plaint souvent :

* d’une sensa7on de faiblesse musculaire et de fa7gue générale ;
* de ver7ges, de nausées et de céphalées ;
* de crampes musculaires.

L’examen met en évidence :

* une peau chaude, rouge, couverte ou non de sueurs ;
* une température anormalement élevée pouvant dépasser les 42°C.

Suivant l’importance des manifesta7ons on parle de :

* crampes liées à la chaleur si la vic7me présente seulement des crampes,
* d’épuisement lié à la chaleur si les manifesta-­‐ 7ons présentées par la vic7me ne s’accompa-­‐ gnent pas de signes de détresse vitale ;
* de coup de chaleur si la vic7me présente une détresse vitale.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de :

* soustraire la vic7me à la cause ;
* réhydrater, si possible, et refroidir ;
* demander un avis médical dans les cas de l’épuisement et du coup de chaleur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Crampe

* + Soustraire la vic7me à la cause ;
  + meFre la vic7me au repos ;
  + réhydrater la vic7me ;

La réhydrata7on est réalisée avec de l’eau ou mieux un liquide frais contenant des glucides et des sels minéraux tels que jus de fruits ou boissons de l’eﬀort.

* + compléter l’ac7on de secours par :
    - des é7rements ;
    - l’applica7on de glace ;
    - des massages musculaires.
  + indiquer à la vic7me de ne pas reprendre l’ac7vité avant l’arrêt complet des signes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 I 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Insolation

* + Soustraire la vic7me à la cause et l’installer dans un endroit frais, clima7sé si possible ;
  + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, si elle respire mais ne parle pas ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse neurologique ;
  + l’allonger, tête surélevée, si elle est consciente ;

Dans tous les cas :

* + re7rer les vêtements en lui laissant ses sous-­‐ vêtements ;
  + recouvrir la vic7me d’un drap mouillé avec de l’eau froide1 ;

Il convient d’arroser régulièrement le drap pour le maintenir frais et humide.

* + appliquer, si possible, un disposi7f de froid sur la tête et la nuque ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller aFen7vement.

1 Le fait de recouvrir la victime d’un drap humide permet de faire baisser sa température corporelle.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 H 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hyperthermie maligne d’effort ou épuisement à la chaleur

* soustraire la vic7me à la cause ;

Si la vic7me présente une détresse vitale :

* appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si la vic7me ne respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps) ;
* appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, même si elle respire diﬃcilement ;
* appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse de l’une des fonc7ons vitales.

En l’absence d’une détresse vitale, ou concomitamment à la prise en charge de celle-­‐ci :

* protéger la vic7me de la chaleur ;

Si elle est consciente, l’installer dans un endroit frais.

* re7rer les vêtements en lui laissant ses sous-­‐ vêtements ;
* refroidir la vic7me à l’aide :
  + de brumisa7on d’eau fraîche ;
* des linges humides ;
* de la glace ;
* d’une ven7la7on mécanique ;
* d’une immersion dans l’eau fraiche jusqu’au menton, si elle est consciente.
* réhydrater la vic7me ;

La réhydrata7on n’est réalisée que chez une vic7me parfaitement consciente, avec de l’eau ou mieux un liquide frais contenant des glucides et des sels minéraux tels que jus de fruits ou boissons de l’eﬀort.

Souvent, une prise en charge médicale d’urgence est nécessaire aﬁn de pouvoir réhydrater la vic7me à l’aide de perfusions.

* transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Compression de membre

#### Définition

Une compression de membre est l’interrup7on de la circula7on sanguine au niveau de masses musculaires comprimées.

Elle est dite prolongée si elle est de plus de deux heures. La compression prolongée des muscles des membres est aussi appelée *crush syndrom* ou *syndrome des ensevelis*.

#### Causes

Les compressions de membres se rencontrent dans lors de situa7ons accidentelles telles que :

ces déchets sont entraînés par le sang dans tout l’organisme. Ils agissent comme de véritables poisons, notamment pour le cœur et les reins.

Cela peut se traduire par la survenue brutale d’un arrêt cardiaque ou d’une détresse circulatoire, juste après le dégagement ou bien, ultérieurement par un blocage du fonc7onnement des reins de la vic7me. C’est pourquoi un traitement médical est nécessaire avant la levée de la compression.

A la compression des membres peuvent s’associer d’autres lésions trauma7ques créées par les mêmes circonstances : plaies, fractures, luxa7on.

Une compression prolongée de membre peut être mortelle à plus ou moins brève échéance.

* les accidents du traﬁc rou7er ou ferroviaire, qui

nécessitent une longue désincarcéra7on ;

* les ensevelissements (éboulement, avalan-­‐ che) ;
* les eﬀondrements de bâ7ments (tremblement de terre, explosion).

#### Risques & Conséquences

L’arrêt de la circula7on sanguine et la compression directe entraînent, progressivement, des lésions des muscles qui s’accompagnent d’une produc7on de déchets toxiques pour l’organisme.

Ces déchets toxiques restent au niveau du membre tant que ce dernier est comprimé et sont d’autant plus importants que la compression dure longtemps.

Au moment du dégagement de la vic7me et de la levée de la compression qui rétablit la circula7on sanguine,

#### Signes

Le bilan circonstanciel est essen7el. Il permet de constater que la vic7me est, en par7e, coincée et comprimée sous une charge importante.

Lors du bilan d’urgence vitale, il peut exister des signes de détresse circulatoire.

Si la par7e du corps qui siège en dessous de la compression est accessible, elle est froide, pâle et insensible.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre d’assurer le dégagement de la vic7me en présence d’une équipe médicale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 C 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Compression de membre

* Evaluer la durée de la compression par rapport à l’horaire de l’événement ;
* réaliser le bilan d’urgence vitale puis complémentaire ainsi que les gestes de secours adaptés ;

Le plus souvent, les gestes de secours sont limités du fait de la situa7on de la vic7me (en général, peu accessible) et du risque lié aux circonstances de l’accident.

* transmeFre un bilan aﬁn d’obtenir un avis médical ;
* protéger la vic7me contre le froid, la chaleur, les intempéries ainsi que les risques liés au dégagement (projec7ons) ;
* rassurer la vic7me en lui parlant, en par7culier, si celle-­‐ci est inaccessible.

#### Impossibilité d’avoir un avis médical ou de transmettre un bilan

Lors de certaines circonstances tout à fait excep7on-­‐ nelles, les secours peuvent être :

* + dans l’impossibilité de transmeFre le bilan aﬁn d’obtenir un avis médical quant à la suite à donner à la prise en charge de la vic7me ;
  + dans l’impossibilité de disposer d’une équipe médicale dans un délai approprié à l’état de la vic7me ;
  + dans une situa7on d’urgence absolue.

Il convient alors de :

* + évaluer la durée de la compression par rapport à l’horaire de l’événement ;
  + meFre en place un garrot, si la durée de compression est supérieure à deux heures ;
  + dégager la vic7me dans tous les cas ;
  + réaliser le bilan d’urgence vitale puis complémentaire ainsi que les gestes de secours adaptés.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 E 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Effet de souffle

#### Définition

L’« eﬀet de souﬄe », encore appelé « blast », est un trauma7sme engendré par une onde de choc, secondaire à une explosion.

#### Causes

Lors d’une explosion, la libéra7on considérable d’énergie sous la forme de gaz à haute pression entraîne une augmenta7on brutale de la pression atmos-­‐ phérique, suivie d’une dépression immédiate. La transmission de ceFe onde de pression et le déplacement d’une grande masse d’air sont les principaux mécanismes responsables des lésions d’un eﬀet de souﬄe.

#### Risques & Conséquences

Un eﬀet de souﬄe est responsable :

* de lésions internes de l’oreille, des poumons et du tube diges7f par distension de l’air ;
* de lésions de la peau et de lésions des os et des ar7cula7ons (fracture, entorse et luxa7on) par projec7on de la vic7me ou projec7on contre la vic7me d’objets divers (polycriblage) ;
* de brûlures en cas d’éléva7on de la température.

#### Signes

Le bilan circonstanciel est essen7el. Il permet de retrouver la survenue d’une explosion en par7culier en milieu clos. CeFe no7on est suﬃsante pour considérer que toutes les personnes exposées sont suscep7bles de présenter un eﬀet de souﬄe. Les vic7mes peuvent être mul7ples.

La survenue d’une détresse vitale, respiratoire ou circulatoire traduit la gravité de l’aFeinte.

Le bilan complémentaire retrouve souvent de mul7ples lésions : plaies, brûlures, fractures et lésions internes. Ces dernières peuvent, au début, passer inaperçues et se révéler secondairement.

Les signes audi7fs comme un bourdonnement d’oreille, le saignement du conduit audi7f ou la survenue d’une surdité sont des signes révélateurs.

Toute personne exposée à une explosion même si elle ne présente pas de signe évident est suspecte d’un trauma7sme par eﬀet de souﬄe et peut secondai-­‐ rement présenter une détresse respiratoire. Elle sera donc systéma7quement examinée par un médecin.

#### Principe de l’action de secours

Tout en garan7ssant la sécurité des intervenants, l’ac7on de secours doit permeFre :

* de prendre en charge un grand nombre de vic7me, si nécessaire ;
* demander un avis médical, même pour les vic7mes qui ne présentent aucun signe.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 E 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Effet de souffle

* + S’assurer de la sécurisa7on de la zone,
  + se protéger.

En présence de nombreuses vic7mes :

* + regrouper les vic7mes en un point ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée.

En présence d’un nombre restreint de vic7mes :

* + demander des moyens de secours spécialisés, si nécessaire ;
  + réaliser le bilan d’urgence vitale puis complé-­‐ mentaire ainsi que les gestes de secours adaptés ;
  + transmeFre le bilan, systéma7que pour toute personne exposée à l’eﬀet de souﬄe, et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller aFen7vement la (les) vic7me(s).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 G 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Gelures

#### Définition

Les gelures sont des lésions provoquées par un refroidissement local. Elles siègent en général au niveau des extrémités du corps : nez, oreilles, orteils, pieds, doigts et mains.

#### Causes

L’environnement (températures basses, humidité, vent) peut causer des gelures, en par7culier lorsque la vic7me présente un ou des facteurs favorisants suivants :

* + enfant, personne âgée, personne d’origine outre-­‐mer ;
  + maladie, fa7gue, alimenta7on insuﬃsante, prise d’alcool, tabac, drogues ;
  + lésions antérieures dues au froid ;
  + ac7vités physiques ayant entraîné de la transpira7on, qui va réduire le pouvoir isolant des vêtements ;
  + immobilité.

#### Risques & Conséquences

Les gelures provoquent une vasoconstric7on qui peut être à l’origine d’une souﬀrance des zones qui ne sont alors plus irriguées par le sang.

Dans certains cas, les cellules peuvent être détruites (nécrose).

#### Signes

Le bilan circonstanciel permet de constater une exposi7on prolongée au froid.

L’interrogatoire met en évidence une sensa7on de

« piqûres d’aiguilles » au niveau des zones exposées, suivi d’un engourdissement des extrémités.

L’examen permet de constater une pâleur cireuse locale et un durcissement des extrémités.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’éviter toute aggrava7on ;
* de réchauﬀer les par7es aFeintes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 G 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Gelures

* + soustraire la vic7me à la cause ;
  + isoler la vic7me dans un endroit chaud (habita7on, véhicule, ambulance) ;
  + ôter les vêtements de la vic7me surtout s’ils sont mouillés ou humides ;
  + sécher la vic7me1 ;
  + enlever doucement les gants, bagues, chaussures, desserrer les élas7ques des manches2…
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues.

En l’absence de risque de réexposi7on au froid, ou si la prise en charge médicalisée peut être rapidement eﬀectuée :

* + Eﬀectuer un réchauﬀement des zones gelées :
    - par contact peau contre peau, avec les mains chaudes du sauveteur ;

Si les troubles persistent, c’est que la gelure est grave.

* par immersion des par7es aFeintes dans de l’eau tempérée entre 37 et 40°C, durant vingt à trente minutes, si l’on se trouve dans les vingt-­‐quatre heures suivant l’appari7on des gelures.

Les systèmes de chauﬀage chimiques (sachets) peuvent être u7lisés en prenant soin d’interposer une épaisseur de 7ssu pour éviter toute brûlure.

Lors du réchauﬀement, les extrémités peuvent devenir rouges et douloureuses. Des cloques peuvent apparaître. Dans ce cas :

* recouvrir les lésions d'un pansement de gaze stérile ou de gaze placée entre les doigts jusqu'à ce que des soins médicaux puissent être prodigués à la vic7me.

1. Le fait de sécher la victime permet de prévenir l'hypothermie.
2. Bagues, bracelets, montres… doivent être retirés car ils sont susceptibles d’interrompre la circulation sanguine par «eﬀet garrot».

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 H 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hypothermie

#### Définition

L’hypothermie de l’organisme est déﬁnie par une température du corps inférieure à 35°C. L’hypothermie est dite :

* + modérée lorsque la température centrale est comprise entre 35 et 32°C ;
  + sévère lorsque la température centrale est comprise entre 32°C et 28°C ;
  + majeure lorsque la température centrale est inférieure à 28°C.

#### Causes

L’hypothermie est due à une exposi7on prolongée à un environnement froid, en par7culier humide, surtout lorsque la vic7me présente un ou des facteurs favorisants suivants :

* + enfant, personne âgée, sujets originaires de pays chauds ;
  + maladie, fa7gue, alimenta7on insuﬃsante, prise d’alcool, tabac, drogues, intoxica7on médicamenteuse ;
  + ac7vités physiques ayant entraîné de la transpira7on, qui va réduire le pouvoir isolant des vêtements ;
  + immobilité.

Elle peut aussi être due à une immersion

L’hypothermie menace également toute vic7me d’un trauma7sme ou d’une brulure grave, même si elle n’est pas exposée à un froid important.

#### Risques & Conséquences

L’hypothermie provoque un ralen7ssement des fonc7ons vitales pouvant aller, éventuellement, jusqu’à leur interrup7on (perte de connaissance, arrêt cardiaque).

#### Signes

Le bilan circonstanciel permet de constater une exposi7on prolongée au froid ou à une immersion (noyade).

Lors du bilan d’urgence vitale, la vic7me peut présenter :

* une perte de connaissance ;
* un arrêt cardiaque ;
* une détresse neurologique avec désorienta7on ou confusion ;
* une détresse respiratoire avec un ralen7s-­‐ sement de la respira7on ;
* une détresse circulatoire avec un ralen7s-­‐ sement du pouls qui devient très diﬃcile à percevoir.

L’examen met en évidence :

* une température inférieure à 35 °C ;
* des frissons, ils surviennent habituellement avant l’appari7on de l’hypothermie ;
* l’absence de frisson, car la dispari7on du frisson signe l’épuisement de l’organisme qui n’arrive plus à luFer contre le froid ;
* une peau pâle, froide et sèche.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de :

* éviter toute déperdi7on supplémentaire de chaleur ;
* réchauﬀer ac7vement la vic7me ;
* surveiller aFen7vement la vic7me (risque d’arrêt cardiaque) ;
* demander un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 H 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Hypothermie

* + Soustraire la vic7me à la cause ;

Si la vic7me présente une détresse vitale :

* + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si la vic7me ne respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps) ;
  + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, même si elle respire diﬃcilement ;
  + appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse de l’une des fonc7ons vitale.

En l’absence d’une détresse vitale, ou concomitamment à la prise en charge de celle-­‐ci :

* + isoler la vic7me dans un endroit chaud (habita7on, véhicule, ambulance) ;
  + ôter les vêtements de la vic7me surtout s’ils sont mouillés ou humides ;

CeFe opéra7on doit se faire en prenant soin de la mobiliser avec prudence (risque d’arrêt cardiaque brutal).

Si la mobilisa7on se révèle pénible ou douloureuse pour la vic7me, couper les vêtements.

* sécher la vic7me ;
* emballer la vic7me1 ;

Pour cela il convient de la placer dans une couverture « de survie» , une couverture en polyester, des vêtements secs, des journaux… Il faut aussi prendre soin de protéger les mains, les pieds et la tête, de la vic7me2 ;

* transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues.

En l’absence de conseil médical :

* commencer un réchauﬀement ac7f ;

Pour cela, il convient de placer sur la vic7me :

* + une couverture chauﬀante ;
  + des poches d’eau 7ède, en prenant soin d’interposer une épaisseur de 7ssu pour éviter toute brûlure ;

Il est aussi possible de placer la vic7me près d’une source de chaleur.

Dans tous les cas :

* surveiller aFen7vement la vic7me.

1. Le fait d'emballer la victime permet de limiter au maximum la déperdition supplémentaire de chaleur.
2. La protection des mains, des pieds et de la tête est primordiale car près de 30 à 50 % de la chaleur du corps est perdue par cette dernière.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 I 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Intoxications

#### Définition

L’intoxica7on est un trouble engendré par la pénétra7on dans l’organisme d’une substance appelée poison ou toxique.

#### Causes

Les poisons ou toxiques peuvent être des aliments contaminés, des plantes vénéneuses, des toxiques domes7ques (lessives, détergents, décapants, désherbants…), des toxiques industriels (gaz toxiques, produits chimiques…).

Les drogues, les médicaments et l’alcool peuvent également provoquer des intoxica7ons.

Le poison pénètre dans l’organisme par :

* + inges7on. Il est avalé et absorbé par le tube diges7f (aliments contaminés, médicaments, produits domes7ques) ;
  + inhala7on. Il pénètre par les voies respiratoires et est absorbé dans l’organisme par les poumons (gaz toxiques, aérosols) ;
  + injec7on. Il pénètre dans l’organisme à l’occasion d’une plaie (venins, piqûres) ;
  + absorp7on. Il pénètre dans l’organisme à travers la peau saine (produits industriels : désherbants, pes7cides).

L’intoxica7on peut aussi être causée par un environnement toxique. Le toxique est alors dans l’air, sous forme de gaz ou de ﬁnes par7cules en suspension (monoxyde de carbone, gaz carbonique, fumées d’incendie, gaz irritants, toxiques de guerre). Le mode de pénétra7on privilégié est alors l’inhala7on, secondairement l’absorp7on

#### Risques & Conséquences

La gravité d’une intoxica7on varie en fonc7on de la nature du toxique et de la quan7té de substance toxique qui a pénétré dans l’organisme.

Les toxiques peuvent entraîner des troubles, immédiats ou retardés, dont la gravité, pouvant parfois conduire à la mort, varie en fonc7on de la nature et de la quan7té qui a pénétré dans l’organisme.

En présence d’un environnement toxique, la sécurité des intervenants est une priorité. En eﬀet, ceux-­‐ci peuvent sans le savoir entrer en contact avec le toxique, d’autant plus que certains gaz mortels sont totalement inodores et invisibles comme le monoxyde de carbone.

#### Signes

En présence d’une intoxica7on due à un environnement toxique, le bilan circonstanciel est essen7el. Il permet :

* de voir, dans certains cas, la présence du nuage toxique ;
* de sen7r une odeur, forte, caractéris7que, désagréable ou irritante ;
* de constater que plusieurs personnes présentent les mêmes signes ou les mêmes plaintes ;
* de repérer la présence d’animaux, malades, agonisants ou morts.

En dehors de la présence d’un environnement toxique, l’intoxica7on est principalement due à l’inges7on volontaire ou accidentelle, liée à une erreur de dosage ou à l’inges7on d’aliments toxiques ou avariés.

Le bilan circonstanciel est là aussi essen7el, il permet de relever ou de rechercher la présence :

* de comprimés ou de boîtes de médicaments vides (table, poubelle) ;
* de ﬂacons « suspects », à contenu non iden7ﬁé ou présentant des pictogrammes de danger ;
* de bouteilles d’alcool ;
* d’une «leFre d’adieu» ;
* de plantes vénéneuses ou de fruits toxiques (enfants : « intoxica7on de la dîneFe »).

L’interrogatoire de la vic7me, comme de son entourage, doit permeFre de déterminer :

* les circonstances de survenue ;
* la nature du (des) toxique(s) en cause ;
* la dose supposée absorbée ainsi que l’heure de l’inges7on.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + lors d’intoxica7ons dues à un environnement toxique :
    - d’assurer la sécurité des intervenants ;
    - de meFre en sécurité les vic7mes et témoins éventuels ;
    - d’informer rapidement et transmeFre les signes constatés.
  + lors d’une intoxica7on par inges7on
    - d’iden7ﬁer autant que possible le toxique ;
    - de demander un avis médical et suivre les instruc7ons.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 I 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Intoxication

#### En cas d’injection

* + réaliser le bilan d’urgence vitale et les gestes de secours adaptés ;
  + réaliser le bilan complémentaire, en par7culier :
    - déterminer les circonstances de survenue, la nature du (des) toxique(s) en cause, la dose supposée absorbée ainsi que l’heure de l’inges7on ;
    - rechercher les emballages et ﬂacons des produits en cause ;
  + transmeFre le bilan et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller la vic7me.

#### En cas d’ingestion

* + réaliser le bilan d’urgence vitale et les gestes de secours adaptés ;
  + réaliser le bilan complémentaire, en par7-­‐ culier :
    - déterminer les circonstances de survenue, la nature du (des) toxique(s) en cause, la

dose supposée absorbée ainsi que l’heure de l’inges7on ;

* + - rechercher les emballages et ﬂacons des produits en cause ;
  + ne pas faire vomir ou boire la vic7me ;
  + transmeFre le bilan et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller la vic7me.

#### En cas d’absorption (projection sur la peau)

Si le produit a provoqué une brûlure :

* + adopter la conduite à tenir face à une brûlure chimique.

En l’absence de brûlure :

* + appliquer la procédure spéciﬁque à l’entre-­‐ prise, si l’accident a lieu en milieu profession-­‐ nel ;
  + appliquer la procédure communiquée par les services de secours, lors de la transmission du bilan.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 I 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Intoxication en environnement toxique

* + Se protéger du toxique en restant à distance, si nécessaire en supprimant la cause ou en aérant le local ;
  + soustraire la vic7me, le plus rapidement possible, de l’environnement toxique ;

En présence de nombreuses vic7mes :

* + appliquer la conduite à tenir adaptée.

En présence d’un nombre restreint de vic7mes :

* + placer les vic7mes à distance de l’atmosphère toxique :
  + demander des moyens de secours spécialisés, si nécessaire ;
  + réaliser le bilan d’urgence vitale puis complémentaire ainsi que les gestes de secours adaptés ;

L’ensemble de ces ac7ons est réalisé à distance de l’atmosphère toxique.

* + transmeFre le bilan et appliquer les consignes reçues.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 N 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Noyade

#### Définition

La noyade est une détresse respiratoire due à l’immersion ou à la submersion de la vic7me.

On parle de submersion lorsque la totalité de l’organisme est sous l’eau et d’immersion lorsque la face de la vic7me c'est-­‐à-­‐dire ses voies aériennes sont recouvertes par de l’eau ou un autre liquide. Une personne vic7me d’une noyade peut mourir ou survivre avec ou sans séquelles, mais quel que soit son devenir on dira qu’elle a été vic7me d’une noyade.

On parle de noyé lorsque la vic7me décède à la suite d’une noyade et qu’aucun geste de réanima7on n’a été réalisé.

#### Causes

La noyade peut provenir :

* + d’une incapacité de la personne à maintenir ses voies aériennes hors de l’eau car elle ne sait pas nager (chute dans l’eau) ou est incapable de maintenir ses voies aériennes à l’air libre bien que sachant nager (crampes ou épuisement musculaire, incarcéra7on dans un véhicule tombé à l’eau, un bateau qui a coulé).
  + d’une aﬀec7on médicale par7culièrement celle qui entraîne un trouble de la conscience, une crise convulsive, un accident vasculaire cérébral ou un trouble du rythme cardiaque.
  + d’un trauma7sme comme un trauma7sme du rachis la plupart du temps consécu7f à un plongeon en eau peu profonde.
  + de problèmes spéciﬁques survenant lors d’une plongée sous marine (apnée ou en scaphandre autonome).

L’hypothermie, l’hypoglycémie, la prise d’alcool ou de

* l ’ hypoxie ( manque d’oxygène) est la conséquence majeure et la plus néfaste de la noyade. Elle est secondaire à l’arrêt volontaire de la respira7on et au spasme laryngé réac7onnel à l’arrivée d’eau dans les voies aériennes.

Elle est aggravée parfois par la pénétra7on d’eau dans les poumons, le plus souvent en très pe7te quan7té. La durée de ceFe hypoxie est le facteur essen7el qui condi7onne le devenir de ces vic7mes ;

* la perte de connaissance est due à l’hypoxie ou parfois à un trauma7sme notamment de la nuque ou du crâne ;
* les régurgita7ons sont fréquentes chez la vic7me de noyade et le risque d’inhala7on de liquide gastrique est très élevé. Ce risque augmente si des tenta7ves d’extraire l’eau contenue dans l’estomac sont réalisées comme les compressions abdominales ;
* l’hypothermie chez la vic7me de noyade est fréquente et se cons7tue toujours rapidement. Ce phénomène est ampliﬁé chez le nourrisson et l’enfant ;
* l’arrêt cardiaque est le plus souvent d’origine respiratoire, secondaire à la noyade, plus rarement d’origine cardiaque, précédant la noyade.

La noyade cons7tue un problème majeur de santé publique. En France, les noyades accidentelles sont responsables de plus de 500 décès chaque année et parfois de graves séquelles. Chez les enfants de un à quatorze ans, elles représentent la deuxième cause de décès accidentel. Les hommes représentent plus de deux 7ers des vic7mes et les noyades surviennent préféren7ellement à la mer ou dans des cours ou plan d’eau.

toxiques sont autant de facteurs qui peuvent faciliter

une noyade.

#### Risques & Conséquences

Les conséquences d’une noyade sont mul7ples et expliquent l’adapta7on de la conduite à tenir. Ainsi :

#### Signes

C’est le bilan circonstanciel qui permet d’évoquer la noyade.

En fonc7on du temps passé dans l’eau, de l’âge et des antécédents, la vic7me peut présenter, au bilan d’urgence vitale et complémentaire, un état de gravité

diﬀérent. Ainsi, il est possible de se trouver en présence d’une vic7me :

* + consciente qui est fa7guée, a froid et est souvent angoissée ; si elle présente une toux persistante, c’est un signe de gravité ;
  + consciente qui présente des signes de détresse respiratoire souvent associés à des vomis-­‐ sements et des frissons ;
  + qui a perdu connaissance et qui présente des signes de détresse respiratoire sans arrêt de la respira7on ;
  + en arrêt cardiaque.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’assurer le dégagement immédiat et permanent de la vic7me du milieu aqua7que, en toute sécurité ;
* réaliser les gestes de secours adaptés à son état ;
* d’administrer de l’oxygène.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 N 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Noyade

Si le bilan circonstanciel laisse suspecter que la personne a pu être vic7me d’un accident de sport nau7que (planche à voile, scooter de mer, kitesurf...), d’une aﬀec7on trauma7que iden7ﬁée (accident de la circula7on, plongeon en eau peu profonde, etc.) ou si la personne présente un état d’imprégna7on alcoolique ou des signes évidents de lésions trauma7ques1, il convient de :

* + immobiliser le rachis cervical et thoracique, avant de procéder à la sor7e de l’eau ;

En l’absence de suspicion de lésion de la colonne vertébrale ou après immobilisa7on de celle-­‐ci, si nécessaire :

* + sor7r la vic7me de l’eau ;
  + si la vic7me ne respire pas ou de façon anormale, appliquer la procédure rela7ve à l’arrêt cardiaque ;
  + si la vic7me a perdu connaissance et respire, appliquer la procédure rela7ve à la perte de connaissance ;
  + si la vic7me est consciente, l’installer dans la posi7on où elle se sent le mieux, si possible à l’abri du vent ;
  + compléter le bilan d’urgence vitale, si nécessaire ;
  + déshabiller la vic7me en évitant les mobi-­‐ lisa7ons intempes7ves ;
  + sécher prudemment et sans fric7on la vic7me, puis l’envelopper dans une couverture isotherme ;
  + réaliser le bilan complémentaire ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;
  + surveiller la vic7me.

#### Spécificités liées à la prise en charge d’une victime de noyade

* Administra7on d’oxygène :

Quel que soit l’état de la vic7me, il convient d’administrer de l’oxygène à haute concen-­‐ tra7on.

L’administra7on précoce d’oxygène à une vic7me de noyade peut améliorer son pronos7c.

* Ven7la7on ar7ﬁcielle :

Devant toute vic7me de noyade en arrêt cardiaque, il convient de réaliser immédia-­‐ tement cinq insuﬄa7ons ini7ales avant de débuter les compressions thoraciques.

Les sauveteurs spécialisés peuvent débuter les manœuvres de ven7la7on ar7ﬁcielles pendant le dégagement de la vic7me et les poursuivre jusqu'à ce que les compressions thoraciques puissent être réalisées.

* Compressions thoraciques :

Les compressions thoraciques ne sont débutées que si la vic7me est hors de l’eau, sur terre ou dans une embarca7on.

Si le secouriste est isolé, il doit réaliser cinq cycles de réanima7on cardio-­‐pulmonaire avant de quiFer la vic7me pour aller alerter les secours.

* Déﬁbrilla7on :

La mise en œuvre du déﬁbrillateur automa7sé externe (DAE) est eﬀectuée après avoir réalisé les cinq insuﬄa7ons, sous réserve que les consignes liées à son u7lisa7on le permeFe.

* Manœuvre de désobstruc7on :

La quan7té d’eau inhalée par une vic7me d’une noyade est en général faible et ne gêne pas la ven7la7on.

Les techniques de désobstruc7on des voies aériennes (tapes dans le dos, compressions abdominales) sont dangereuses et ne doivent

1 La probabilité de lésion de la moelle épinière lors d’une noyade est très faible (approximativement 0,5%). C’est pourquoi, la réalisation systématique de techniques de secours destinées à protéger le rachis cervical d’une victime de noyade au cours de son dégagement n’est pas nécessaire car elle gêne la libération des voies aériennes (collier cervical) et retarde de manière significative la mise en œuvre d’une réanimation cardio-pulmonaire (RCP). Seules les victimes qui présentent des facteurs de risque de lésion de la colonne vertébrale peuvent bénéficier d’une immobilisation du rachis cervical et thoracique.

pas être réalisées. En eﬀet, elles peuvent entraîner une régurgita7on, une inhala7on de liquide gastrique, des lésions trauma7ques et retardent la mise en œuvre de la réanima7on cardio-­‐pulmonaire.

* Survenue de régurgita7ons :

Au cours de la réanima7on, si la vic7me présente des vomissements, il convient de la tourner immédiatement sur le côté «d’un bloc», de re7rer les débris alimentaires présents dans la bouche à l’aide des doigts, éventuellement protégés d’un gant ou d’un linge propre, puis pra7quer une aspira7on de sécré7ons.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Pendaison, strangulation

#### Définition

La pendaison est une suspension du corps par le cou.

La strangula7on (ou étranglement) une constric7on du cou ou une pression sur la gorge.

#### Causes

La pendaison, comme la strangula7on, peut survenir :

* de manière accidentelle : par exemple lorsqu’un vêtement ou une cravate se prend dans une machine, ou au cours de jeu notamment chez les enfants ;
* de façon volontaire, dans un but suicidaire ou criminel.

#### Risques & Conséquences

Lorsqu’une pression est exercée sur l’extérieur du cou, les voies aériennes et les vaisseaux du cou sont comprimés. L’aﬄux d’air vers les poumons comme la circula7on du sang vers le cerveau sont interrompus.

Lors de la pendaison, sous l’eﬀet du poids du corps (chute) il peut il y avoir une lésion vertébrale avec aFeinte de la moelle épinière.

#### Signes

Le bilan circonstanciel permet le plus souvent de constater une pendaison ou de suspecter une strangula7on : corps pendu même si une par7e du corps touche le sol, présence d’un objet constric7f autour du cou…

Lors du bilan d’urgence vitale, la vic7me peut présenter :

* une perte de connaissance ;
* un arrêt cardiaque ;
* une détresse respiratoire.

Si la vic7me est consciente, la vic7me peut présenter, à l’interrogatoire une raucité de la voix ou une diﬃculté à respirer.

L’examen permet de constater la présence de marques éventuelles (traces de strangula7on).

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre de :

* supprimer la cause tout en protégeant le rachis cervical ;
* réaliser les gestes de secours nécessaires ;
* demander un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Pendaison, strangulation

* + Ne pas détruire, jeter ou déplacer les objets plus que nécessaire ;

En eﬀet, ces éléments, comme une corde nouée par exemple, peuvent servir de preuve aux forces de l’ordre.

* + soutenir la vic7me en cas de pendaison en se faisant aider ;
  + desserrer et enlever rapidement toute source

respire pas ou plus ou si elle présente une respira7on anormale (gasps) ;

* appliquer la conduite à tenir devant une vic7me qui a perdu connaissance, même si elle respire diﬃcilement ;
* appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse respiratoire.

de constric7on du cou ;

* + allonger la vic7me au sol en protégeant autant que possible le rachis cervical.

Si la vic7me présente une détresse vitale :

* + appliquer la conduite à tenir devant une vic7me en arrêt cardiaque, si la vic7me ne

En l’absence d’une détresse vitale, ou concomitamment à la prise en charge de celle-­‐ci :

* + poser un collier cervical ;
  + compléter le bilan ;
  + transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
  + demander les forces de l’ordre si nécessaire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 06 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Piqûres et morsures

#### Définition

Le terme de piqûre est réservé aux aFeintes provoquées par certains insectes ou par certains animaux marins.

Le terme de morsure est quant à lui réservé aux plaies provoquées par des dents ou des crochets et concerne donc l’homme, les animaux domes7ques ou sauvages et les serpents.

#### Causes

Les piqûres peuvent provenir :

* + des insectes : guêpes, frelons, abeille, fourmis…
  + des animaux marins : méduses, vives, rascasses, etc.

Les morsures peuvent provenir :

* + de mammifères : homme, animaux domes-­‐ 7ques ou sauvages ;
  + serpents.

#### Risques & Conséquences

Les piqûres et les morsures d’animaux peuvent être à l’origine de :

* + d’hémorragie externe ;
  + de plaie avec risque infec7eux, notamment pour les morsures, pouvant être très grave (tétanos) voire mortel (rage) ;
  + d’inocula7on de substances toxiques, encore appelées « venin », à l’origine :
    - de manifesta7ons locales désagréables (gonﬂement, rougeur, douleur…) ;
    - de détresses vitales (venin de serpents exo7ques, réac7on allergique grave) ;
  + de risque fonc7onnel et esthé7que.

En France métropolitaine, les serpents sont habituel-­‐ lement peu dangereux, sauf s’il s’agit d’espèces exo7ques importées ou d’espèces vivant naturellement dans territoires ultra-­‐marins.

Les morsures d’origine humaine se caractérisent par un risque infec7eux important et sont systéma7quement considérées comme des plaies graves.

Par ailleurs, une vic7me mordue par un animal suscep7ble d’être infecté par la rage (région endémique, animal malade, animal non capturé) doit obligatoi-­‐ rement suivre un traitement médical par7culier. Une consulta7on médicale est indispensable.

L’animal, quant à lui, doit légalement être mis en observa7on chez un vétérinaire et présenté, soit par ses propriétaires, soit par les forces de police s’il s’agit d’un animal errant.

Depuis 2007, la déclara7on en mairie de toute morsure de chien, quelle que soit la race du chien, est obligatoire.

#### Signes

Le plus souvent, dès l’arrivé des secours, la vic7me dit avoir été mordue ou piquée.

Lors du bilan d’urgence vitale, on peut retrouver des signes comme :

* une hémorragie externe ;
* une détresse respiratoire, si la piqûre siège dans la bouche ou la gorge, car le gonﬂement qu’elle provoque peut entraîner une obstruc-­‐ 7on des voies aériennes ;
* une détresse circulatoire, par ac7on d’un venin (ac7on directe ou réac7on allergique grave), plus par7culièrement chez l’enfant ;
* une détresse neurologique, par eﬀet toxique de certains venins de serpents, d’araignées ou de scorpions.

C’est le plus souvent au cours du bilan complémentaire, lors de l’examen de la vic7me que l’on retrouve :

* la présence d’une ou plusieurs plaies, sous forme de lacéra7ons (morsures), coupures ou piqûre (insecte) ;

La morsure de serpent est reconnaissable par une ou deux plaies punc7formes distantes de quelques millimètres.

* un gonﬂement, une rougeur et une douleur locale, plus ou moins étendus autour de la piqûre.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + d’arrêter le saignement et limiter le risque d’infec7on ;
  + de limiter la diﬀusion du venin, si possible ;
  + d’obtenir un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 06 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Piqûres ou morsures

* + Soustraire la vic7me du danger ;
  + si la vic7me présente une hémorragie ou une détresse de l’une des fonc7ons vitales, appliquer la conduite à tenir adaptée selon la détresse vitale constatée ;
  + compléter le bilan aﬁn de déterminer l’origine de l’aFeinte et adapter la conduire à tenir :

#### En présence d’une piqûre d’insecte

* + re7rer le plus rapidement possible le dard (piqûre d’abeille) en u7lisant une pince à écharde, sans écraser la poche à venin ;
  + transmeFre un bilan en urgence si :
    - la piqûre siège dans la bouche ou la gorge ;
    - la vic7me est allergique ;
  + re7rer les bagues, bracelets si la piqûre se situe à la main, avant l’appari7on de gonﬂements1 ;
  + désinfecter, comme pour une plaie ;
  + appliquer du froid2 ;

Si le siège de la piqûre est dans la bouche ou la gorge, demander à la vic7me de sucer de la glace.

* + aider la vic7me à s’injecter son traitement, si elle est allergique au venin d’hyménoptères ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;
  + conseiller à la vic7me de consulter un médecin si la douleur ou le gonﬂement persiste ou si la rougeur s’étend.

#### En présence d’une morsure ou piqûre d’animal marin

S’il s’agit de piqûres de méduses :

* + rincer dès que possible avec une solu7on vinaigrée (4 à 6%) pendant au moins trente secondes ;
  + placer la zone aFeinte dans de l’eau chaude (température aussi chaude que possible mais restant tolérable pour la vic7me) pendant vingt minutes3 ;

A défaut, une source de froid peut être u7lisée.

Dans les autres cas :

* + Placer la zone aFeinte dans l’eau chaude pendant trente minutes au minimum ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues.

#### En présence d’une morsure de serpent

* + Ne jamais pra7quer de techniques d’aspira7on, qu’elles soient buccales ou à l’aide d’un appareil ;
  + allonger la vic7me, lui demander de rester calme et la rassurer ;
  + re7rer les bagues, bracelets si la morsure siège à la main ;
  + réaliser un pansement compressif sur la morsure4 ;
  + immobiliser le membre aFeint ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues.

1. Les bagues, bracelets… doivent être retirés en cas de piqûres ou de morsure de serpent à la main. En eﬀet, en cas de gonflements, ils sont susceptibles d’interrompre la circulation.
2. L’application de froid sur le siège d’une piqûre permet de limiter le gonflement et la douleur. Dans certains cas (piqûres de méduses), cet eﬀet est obtenu par un trempage dans l’eau chaude.
3. La chaleur permet aussi l’inactivation de certains venins (animaux marins).
4. La diﬀusion d’un venin peut aussi être ralentie par la mise en place d’un pansement compressif (morsure de serpent).

#### En présence d’une morsure humaine

* + NeFoyer la plaie à l’eau courante ;
  + appliquer la conduite à tenir face à une plaie grave.

#### En présence d’une morsure animale

* + laver et protéger la plaie ;
  + transmeFre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues.

#### En cas de contact de la peau avec la salive d’un animal errant

* + Demander un avis médical.

## Traumatismes

VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 07 | B | 01 | Brûlures | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | B | 01 | Brûlure chimique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | B | 02 | Brûlure électrique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | B | 03 | Brûlure interne par inges7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | B | 04 | Brûlure interne par inhala7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | B | 05 | Brûlure thermique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | P | 01 | Plaie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | P | 01 | Plaie | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | T | 01 | Trauma7sme de l’abdomen | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | T | 01 | Trauma7sme de l'abdomen | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | T | 03 | Trauma7sme du bassin | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | T | 03 | Trauma7sme du bassin | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | T | 04 | Trauma7sme du crâne | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | T | 04 | Trauma7sme du crâne | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | T | 05 | Trauma7sme du dos ou du cou | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | T | 05 | Trauma7sme du dos ou du cou | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | T | 06 | Trauma7sme du thorax | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | T | 06 | Trauma7sme du thorax | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 07 | T | 02 | Trauma7sme des membres | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 07 | T | 02 | Trauma7sme des membres | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 B 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brûlures

#### Définition

La brûlure est une lésion de la peau, des muqueuses (voies aériennes ou diges7ves) et des 7ssus sous-­‐ jacents. Elle est qualiﬁée de :

* + brûlure simple, lorsqu’il s’agit de rougeurs de la peau chez l’adulte ou d’une cloque dont la surface est inférieure à celle de la moi7é de la paume de la main de la vic7me ;
  + brûlure grave, dès lors que l’on est en présence :
    - d’une ou plusieurs cloques dont la surface totale est supérieure à celle de la moi7é de la paume de la main de la vic7me ;
    - d’une destruc7on plus profonde (aspect blanchâtre ou noirâtre parfois indolore) associée souvent à des cloques et à une rougeur plus ou moins étendue ;
    - d’un aspect circulaire (qui fait le tour du cou ou d’un membre) ;
    - d’une brûlure dont la localisa7on est sur le visage ou le cou, les mains, les ar7cula7ons ou au voisinage des oriﬁces naturels ;

Les brûlures de la bouche et du nez font toujours craindre la survenue rapide d’une diﬃculté respiratoire, en par7culier si elles sont associées à une raucité de la voix ;

* + - d’une rougeur étendue (un coup de soleil généralisé par exemple) de la peau chez l’enfant ;
    - d’une brûlure d’origine électrique ou radiologique.

#### Causes

La brûlure peut être provoquée par la chaleur, des substances chimiques, l’électricité, le froFement ou des radia7ons.

#### Risques & Conséquences

Suivant son étendue, sa profondeur et sa localisa7on, la brûlure peut provoquer :

* + une douleur sévère ;
  + une défaillance circulatoire par perte de liquide ;
* une défaillance respiratoire dans les brûlures du cou ou du visage ou par inhala7on de vapeur ou de fumée ;
* une infec7on plus tardive.

Même après avoir supprimé la cause de la brûlure, ses eﬀets se poursuivent. Sans ac7on immédiate, elle peut s’étendre en profondeur et en surface.

#### Signes

La reconnaissance d’une brûlure est en règle générale facile. Elle est réalisée le plus souvent au cours du bilan circonstanciel ou par l’écoute de la plainte principale.

Que la vic7me présente ou pas une détresse vitale, c’est au cours du bilan complémentaire que le secouriste analyse les caractéris7ques et par là même la gravité d’une brûlure.

Une brûlure se caractérise par :

* son aspect ;
* son étendue ;
* sa localisa7on ;
* la présence de douleur.

L’aspect des brûlures diﬀère en fonc7on de la profondeur de celle-­‐ci :

* une peau rouge et douloureuse traduit une aFeinte superﬁcielle ;
* des cloques ou phlyctènes, uniques ou mul7ples et plus ou moins étendues, accom-­‐ pagnées d’une douleur forte ou modérée, traduisent une aFeinte plus profonde.

Elles peuvent se rompre spontanément en libérant un liquide clair. Leur appari7on peut être retardée.

* une pâleur cireuse, un aspect noirâtre ou brunâtre de la peau traduit une aFeinte très profonde de toutes les couches de la peau.

Ces brûlures sont souvent peu douloureuses car les terminaisons nerveuses ont été détruites.

Une zone brulée peut revê7r plusieurs aspects conjoints.

L’étendue de la brûlure doit être évaluée car la surface aFeinte condi7onne également la conduite à tenir.

Pour évaluer ceFe étendue, le secouriste peut s’aider de diﬀérentes règles dont la plus connue, chez l’adulte, est la règle de Wallace.

Chez l’enfant et pour des pe7tes surfaces, il peut s’aider de la surface de la main de la vic7me qui est égale à 1% de la surface totale de la peau de la vic7me, quel que soit l’âge.

La localisa7on de la brûlure doit être décrite avec précision, notamment s’il s’agit de localisa7ons par7culières comme :

* + les brûlures des voies aériennes, objec7vées par la présence de traces noires autour des narines et de la bouche ou de la langue, l’existence de toux ou de crachats noirs (qui seront systéma7quement recherchés en cas de vic7mes d’incendie) ou de la modiﬁca7on de la voix qui devient rauque ;
  + les brûlures des mains, des plis de ﬂexion, du visage ;
  + les brûlures à proximité immédiate des oriﬁces naturels.

Une brûlure par inges7on doit être suspectée chez une personne qui, après avoir absorbé un liquide brûlant ou caus7que présente de violentes douleurs dans la poitrine ou à l’abdomen, parfois associées à des lésions de brûlure (chaleurs) ou des traces blanchâtres (caus7ques) au niveau des lèvres ou de la bouche.

Une brûlure par inhala7on doit être suspectée chez une personne qui a respiré des fumées d’incendies ou inhalé des produits chimiques.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de supprimer la cause ;
* de limiter l’étendue et de soulager la douleur et l’oedème ;
* d’iden7ﬁer la gravité et la nature de la brûlure ;
* d’éviter l’appari7on ou limiter l’aggrava7on d’une détresse vitale éventuelle ;
* de limiter le risque d’infec7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 B 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brûlure chimique

* + Supprimer la cause ou soustraire la vic7me à celle-­‐ci ;
  + ôter, en se protégeant, ou faire ôter par la vic7me, immédiatement, les vêtements et les chaussures, s’ils sont imbibés de produit ;
  + laver à grande eau tempérée (15 à 25°C), durant vingt minutes au moins, la zone aFeinte pour diluer et éliminer le produit chimique ;
  + en présence de projec7on de produit chimique dans l’oeil :
    - essayer de maintenir l’oeil ouvert ;
    - rincer abondamment avec de l’eau ;

Il convient de veiller, durant ceFe opéra7on que l’eau de lavage ne coule pas sur l’autre oeil.

* + conseiller à la vic7me de consulter un ophtalmologiste immédiatement, en cas de projec7on dans l’oeil.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 B 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brûlure électrique

* + Ne jamais toucher la vic7me avant d’avoir la cer7tude que tout risque électrique est écarté ;
  + en présence d’une détresse vitale, appliquer la conduite à tenir adaptée ;
  + en l’absence de détresse vitale :
    - rechercher le point d’entrée et de sor7e ;
    - traiter la brûlure comme une brûlure thermique ;
  + transmeFre un bilan et appliquer les consignes reçues.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 B 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brûlure interne par ingestion

* + Allonger la vic7me sur le côté ;
  + ne jamais faire vomir la vic7me ;
  + ne jamais donner à boire à la vic7me ;
  + luFer contre une détresse circulatoire ou respiratoire associée ;
  + garder l’emballage du produit chimique en cause, ainsi que le produit restant ;
  + surveiller la vic7me ;
  + transmeFre un bilan et appliquer les consignes reçues.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 B 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brûlure interne par inhalation1

* + luFer contre une éventuelles détresse respiratoire ;
  + surveiller en permanence la vic7me2 ;
  + transmeFre un bilan et appliquer les consignes reçues.

1. Ce type de brûlure doit être suspecté chez une personne qui a respiré des fumées d’incendies ou inhalé des produits chimiques.
2. Les diﬃcultés respiratoires peuvent survenir à distance de l’accident.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 B 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brûlure thermique

* + Supprimer la cause ou soustraire la vic7me à celle-­‐ci ;

Si ses vêtements sont enﬂammés, empêcher la vic7me de courir, la rouler ou la faire se rouler par terre et étouﬀer les ﬂammes avec un vêtement ou une couverture, si possible, mouillé.

* + refroidir la surface brûlée, le plus tôt possible et au plus tard trente minutes après la survenue de la brûlure si la vic7me est consciente et la surface brûlée est inférieure à :
    - 30 % chez un adulte ;
    - 10 % chez un enfant ;
    - 5 % chez un nourrisson.

Le refroidissement est réalisé avec de l’eau tempérée (15 à 25°C), en laissant ruisseler l’eau sans pression sur la brûlure1.

En l’absence de point d’eau tempérée, il est possible d’u7liser des compresses stériles enduite de gel d’eau. Les condi7ons d’u7lisa7on sont les mêmes que celle de l’arrosage.

* + re7rer les vêtement de la vic7me ;

Les vêtements de la vic7me doivent être re7rés le plus tôt possible (en par7culier lorsqu’il s’agit de vêtements imprégnés de liquide brûlant) sans ôter ceux qui adhèrent à la peau. Ceci peut être fait pendant l’arrosage. Il en est de même pour les bijoux, les montres, les ceintures qui doivent être re7rés de la zone brûlée avant que le gonﬂement ne devienne important.

* + poursuivre la prise en charge en fonc7on de la gravité de la brûlure.

#### En présence d’une brûlure grave

* + arrêter l'arrosage au bout de 10 minutes maximum ;
  + luFer contre une éventuelle détresse respira-­‐ toire ou circulatoire associée ou provoquée par la brûlure ;
  + ne pas percer les cloques ;
  + protéger la brûlure par un pansement ou un champ stérile ;

Si la vic7me est brûlée sur une surface très étendue, l’envelopper dans un draps stérile.

* + envelopper la vic7me dans une couverture isotherme2 ;
  + compléter et transmeFre le bilan en men7on-­‐ nant, en par7culier :
    - les caractéris7ques de la brûlure (surface, localisa7on) ;
    - les circonstances de la brûlure ;
    - la présence de traces noires autour des narines et de la bouche ou de la langue ou bien d’une raucité de la voix ;
  + surveiller en permanence la vic7me.

#### En présence d’une brûlure simple

* + poursuivre l’arrosage jusqu’à dispari7on de la douleur ;
  + ne pas percer les cloques ;
  + recouvrir la surface brûlée d’un pansement stérile ;
  + conseiller à la vic7me de consulter un médecin :
    - si la brûlure reste douloureuse au delà de vingt-­‐quatre heures ;
    - en l’absence d’une vaccina7on an7té-­‐ tanique récente ;
    - s’il s’agit d’un enfant ou d’un nourrisson.

1. L’arrosage immédiat d’une brûlure soulage la douleur.
2. La couverture isotherme permet de lutter contre une hypothermie qui, chez un brûlé grave, peut survenir rapidement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Plaie

#### Définition

La plaie est une lésion de la peau avec eﬀrac7on et aFeinte possible des 7ssus sous-­‐jacents.

#### Causes

Les plaies sont généralement secondaires à un trauma7sme de :

* + l’extérieur vers l’intérieur : coupure, piqûre, projec7le, coup, morsures ;
  + l’intérieur vers l’extérieur : fracture ouverte, l’os cassé perfore la peau.

#### Risques & Conséquences

Suivant son importance et sa localisa7on, une plaie peut avoir pour la vic7me plusieurs types de conséquences comme :

* + une hémorragie ;
  + une aFeinte des organes sous-­‐jacents ;
  + une infec7on de la plaie, qui peut s’étendre à tout l’organisme.

Ces aFeintes peuvent entrainer une défaillance respiratoire, circulatoire ou neurologique.

Toute plaie, toute piqûre, même minime, peut provoquer une maladie parfois mortelle : le tétanos. Seule la vaccina7on an7tétanique protège du tétanos. Si le sujet n’a pas été vacciné, ou si la vaccina7on a plus de dix ans chez l’adulte ou cinq ans chez l’enfant, il doit immédiatement consulter un médecin.

Une plaie peut aussi entraîner pour l’intervenant un risque de contamina7on par le sang de la vic7me (Virus des hépa7tes et VIH).

#### Signes

La personne est le plus souvent vic7me d’un trauma7sme, avec ou sans signe de détresse vitale.

C’est au cours du bilan complémentaire qu’est recherchée la présence de plaies, déterminée leur localisa7on, leur aspect et iden7ﬁée leur gravité.

L’aspect d’une plaie permet d’apprécier plus facilement sa gravité et de décrire précisément la lésion lors de la transmission du bilan. On dis7ngue ainsi :

* la contusion qui est un choc ou un coup suscep7ble de provoquer une rupture des vaisseaux situés immédiatement sous la peau ;

Le sang s’échappe dans les 7ssus sous l’épiderme, donnant une colora7on violeFe et un aspect gonﬂé à la peau qui peut ne pas être rompue, c’est l’hématome. Ces hématomes sont parfois très étendus traduisant une lésion plus profonde comme une fracture ou une lésion interne.

* l’écorchure qui est une plaie simple et superﬁcielle avec un aspect rouge et suintant, souvent douloureuse et généralement provoquée par une chute avec glissement ou fric7on ;

De pe7ts corps étrangers incrustés dans la peau peuvent entraîner des infec7ons secondaires.

* la coupure qui est provoquée par un objet tranchant (couteau, morceau de verre) ;

Elle peut être accompagnée d’une hémorragie ou d’une lésion d’un organe sous-­‐jacent.

* la plaie punc7forme (en forme de point) qui est plaie souvent profonde, provoquée par un objet pointu (clou, arme blanche, projec7le) pouvant traverser les organes sous-­‐jacents ;

C’est une plaie souvent grave même si son aspect extérieur ne l’est pas. Une plaie par injec7on de liquide sous pression (accidents du travail ou de bricolage) présente le plus souvent ces caractéris7ques.

* la lacéra7on qui est une déchirure souvent complexe de la peau par arrachement ou écrasement ;

CeFe plaie est irrégulière avec une aFeinte des 7ssus sous-­‐jacents.

Au-­‐delà de l’aspect de la plaie, il convient d’en dis7nguer la gravité. Ainsi :

* une plaie est considérée comme simple lorsqu’ i l s ’agit d’une pe 7 te coupure superﬁcielle, d’une éraﬂure saignant peu, qui n’est pas située au niveau d’un oriﬁce naturel ou de l’œil ;
  + une plaie est considérée comme grave du fait, entre autres :
    - d’une hémorragie associée ;
    - d’un mécanisme pénétrant (objet tranchant ou perforant, morsures, projec7les) ;
    - de sa localisa7on : cou, thorax, abdomen, œil, oriﬁces naturels ;
    - de son aspect (déchiquetée, écrasée) ;
    - de plaies mul7ples.

En cas de doute, la plaie doit être est considérée comme grave.

Une plaie par injec7on de liquide sous pression est toujours une plaie grave dont la prise en charge chirurgicale est urgente.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’iden7ﬁer la gravité d’une plaie ;
* d’éviter l’appari7on ou limiter l’aggrava7on d’une détresse vitale, si la vic7me présente une plaie grave ;
* de prévenir l’infec7on de toute plaie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Plaie

#### En présence d’une plaie grave

Si la vic7me présente une détresse vitale :

* + appliquer la conduite à tenir adaptée selon la détresse vitale constatée ;
  + ne jamais re7rer le corps étranger pénétrant ;
  + protéger la plaie par un pansement stérile.

En l’absence de détresse vitale :

* + installer la vic7me en posi7on d’aFente adaptée ;
  + ne jamais re7rer le corps étranger pénétrant ;
  + protéger la plaie par pansement stérile ;
  + protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries ;
  + demander un avis médical en transmeFant le bilan ;
  + surveiller la vic7me.

#### En présence d’une plaie par injection de liquide sous pression

* + Recueillir la nature du produit injecté et la valeur de la pression d’injec7on, si possible ;
  + demander un avis médical en transmeFant le bilan.

#### En présence d’une plaie simple

* + Se laver les mains avec de l’eau et du savon ou u7liser une solu7on hydro-­‐alcoolique ;
  + se protéger par le port de gants ;
  + neFoyer la plaie :
    - à l’eau courante ou à défaut avec du sérum physiologique ou de l’eau en bouteille ;
    - u7liser du savon si la plaie est souillée ;
  + appliquer ensuite un an7sep7que1 ;
  + protéger par un pansement ;
  + conseiller à la vic7me de consulter un médecin si :
    - son dernier rappel an7tétanique date de plus de dix ans si c’est un adulte, de plus de cinq ans sinon ;
    - la plaie devient chaude, rouge, si elle gonﬂe ou si elle con7nue de faire mal dans les vingt-­‐quatre heures.

#### En présence d’un traumatisme dentaire

* + Récupérer la dent tombée ;
  + ne jamais tenter de réimplanter la dent tombée ;
  + conserver la dent dans un récipient contenant du sérum physiologique ou à défaut du lait ;
  + indiquer à la vic7me de consulter immédia-­‐ tement un chirurgien den7ste et de lui apporter la dent tombée

1 L’antiseptique est une préparation médicamenteuse qui a la propriété d’éliminer ou de tuer les micro-organismes, ou d’inactiver les virus présents dans les tissus vivants (peau, muqueuses, plaies).

Un antiseptique doit être utilisé seul afin d’éviter toute interaction.

Le secouriste doit se conformer aux règles d’utilisation préconisées par le fabricant, contrôler la date de péremption et contrôler la date d’ouverture du flacon normalement inscrite dessus par le premier utilisateur. Il faut préférer lorsque cela est possible, les doses à usage unique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 T 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme de l’abdomen

#### Définition

Un trauma7sme de l’abdomen est l’ensemble des signes dus à une aFeinte trauma7que de l’abdomen, avec ou sans plaie. Ces signes permeFent de suspecter des lésions des organes intra abdominaux pouvant meFre rapidement en jeu la vie de la vic7me.

#### Causes

Une aFeinte de l’abdomen survient lors :

* + d’un choc ou d’une compression appuyée au niveau de l’abdomen ;
  + de la pénétra7on d’un corps étranger dans le l’abdomen (projec7les d’arme à feu, arme blanche ou tout objet perforant) ;
  + d’un cisaillement du à une décéléra7on brusque qui entraîne des lésions des gros vaisseaux abdominaux, du foie ou de la rate ;
  + d’une explosion (blast).

#### Risques & Conséquences

La gravité du trauma7sme abdominal est due à l’aFeinte des organes abdominaux avec appari7on d’une défaillance circulatoire par hémorragie.

#### Signes

Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l’analyse du mécanisme de l’accident lors du bilan complé-­‐ mentaire, on retrouve un trauma7sme parfois violent direct au niveau de l’abdomen (coup, choc) ou indirect (décéléra7on brutale).

Si la vic7me n’a pas perdu connaissance et peut s’exprimer, elle peut se plaindre d’une douleur spontanée siégeant au niveau d’une par7e ou de tout l’abdomen.

A l’examen on peut trouver :

* une douleur provoquée lors d’une palpa7on prudente de l’abdomen qui peut être anormalement dur ;
* l’absence de soulèvement de l’abdomen à chaque inspira7on ;
* une contusion ou une plaie plus ou moins importante avec une éventuelle éviscéra7on ;
* des vomissements de sang rouge (héma-­‐ témèse).

Toute plaie abdominale est considérée comme grave, même en l’absence de signe de détresse.

CeFe dernière peut survenir de façon extrêmement

brutale si ce sont des organes (foie, rate, rein) ou des

gros vaisseaux abdominaux qui sont touchés.

Le saignement peut être retardé et les signes apparaître secondairement.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de prévenir toute détresse circulatoire par une surveillance aFen7ve ;
* d’installer ou de transporter la vic7me dans une posi7on d’aFente adaptée à son état ;
* de demander un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 T 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme de l’abdomen

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir devant une vic7me suspecte de trauma7sme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

#### La victime, consciente, présente une détresse vitale

Appliquer la conduite à tenir adapté devant une vic7me qui présente une détresse circulatoire.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale apparente

* Ne jamais re7rer un corps étranger pénétrant dans l’abdomen ;
* meFre immédiatement la vic7me dans une posi7on allongée, à plat dos, jambes ﬂéchies.

CeFe posi7on sera maintenue lors de son relevage et de son transport.

* vériﬁer la présence de lésion dans le dos de la vic7me, par7culièrement au cours de sa mobilisa7on ;
* protéger au plus vite contre le froid, le vent ou la chaleur ;
* transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
* surveiller aFen7vement la vic7me du fait d’un risque d’aggrava7on brutale.

En présence d’une éviscéra7on :

* ne pas remeFre les viscères en place ;
* envelopper les viscères dans un champ (ne pas u7liser de compresses) humidiﬁé avec du sérum physiologique stérile, sans les mobiliser ni les comprimer.

Toute femme enceinte vic7me d’un trauma7sme violent (AVP, chute, coup dans l’abdomen) doit être considérée comme trauma7sée de l’abdomen et faire l’objet d’une consulta7on dans un service d’urgence.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 T 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du bassin

#### Définition

Un trauma7sme du bassin est l’ensemble des signes dus à une aFeinte trauma7que du bassin, avec ou sans plaie, qui permeFent de suspecter des fractures ou des lésions des organes internes, pouvant meFre rapide-­‐ ment en jeu la vie de la vic7me.

#### Causes

Une aFeinte du bassin survient lors :

* + d’un choc direct avec ou sans plaie au niveau du bassin ;
  + d’un choc à distance du bassin et transmis par l’intermédiaire des os des membres inférieurs (chute ou choc sur la hanche, chute de grande hauteur sur les talons ou les fesses).

#### Risques & Conséquences

La gravité du trauma7sme du bassin est due :

* + à la perte de sang due aux fractures elles-­‐ mêmes ; une fracture mul7ple du bassin est fréquemment responsable d’une hémorragie interne importante ;
  + à une perfora7on ou une rupture de vessie ou des canaux d’évacua7on de l’urine.

#### Signes

Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l’analyse du mécanisme de l’accident lors du bilan complé-­‐ mentaire, on retrouve un trauma7sme parfois violent direct au niveau du bassin (écrasement, coup, choc).

Si la vic7me n’a pas perdu connaissance et peut s’exprimer, elle peut se plaindre d’une douleur spontanée siégeant au niveau du bassin ou dans la par7e basse de l’abdomen.

A l’examen on peut trouver :

* une douleur à la palpa7on prudente du bassin ;
* une impossibilité de bouger les membres inférieurs en raison de la douleur ;
* la présence d’urine sanglante ou de sang sur les sous-­‐vêtements (liée à l’aFeinte de la vessie ou de l’urètre) ;
* un hématome important au niveau du pubis ;
* des lésions associées (polytrauma7sme).

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de prévenir toute détresse circulatoire par une surveillance aFen7ve ;
* de limiter toute mobilisa7on de la vic7me, sauf en cas de nécessité absolue ;
* d’immobiliser la vic7me, comme si elle présentait une aFeinte de la colonne vertébrale ;
* de demander un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 T 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du bassin

#### La victime a perdu connaissance

appliquer la conduite à tenir devant une vic7me suspecte de trauma7sme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

#### La victime, consciente, présente une détresse vitale

appliquer la conduite à tenir adaptée à une vic7me qui présente une détresse circulatoire.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale apparente

* Laisser la vic7me en une posi7on allongée stricte, si possible ;
* dénuder le bassin de la vic7me ;

Dans la mesure du possible cela doit se faire en préservant son in7mité pour vériﬁer la présence de sang sur les sous-­‐vêtements.

* vériﬁer l’absence de lésion dans le bas du dos ou au niveau des fesses de la victi-­‐ me particulièrement au cours de sa mobili-­‐ sation (PLS, relevage, immobilisa7on) ;
* protéger au plus vite contre le froid, le vent ou la chaleur ;
* transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
* relever et immobiliser sur un matelas à dépression, selon les consignes reçues ;
* surveiller aFen7vement la vic7me du fait d’un risque d’aggrava7on brutale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 T 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du crâne

#### Définition

On appelle trauma7sme du crâne (ou crânien) tout choc reçu sur le crâne.

#### Causes

Les trauma7smes crâniens sont la conséquence d’un choc direct, ou indirect (décéléra7on brutale), d’une blessure pénétrante (arme à feu, éléments contondants) au niveau du crâne.

#### Risques & Conséquences

Un choc direct au niveau de la tête peut entraîner, selon son intensité et son mécanisme, des lésions cutanées, osseuses (fractures) méningées ou cérébrales.

Une décéléra7on brusque avec un arrêt net de la tête, sans aucun choc sur un obstacle, peut également entraîner des lésions cérébrales, uniquement par l’ébranlement du cerveau contre la boite crânienne.

Un trauma7sme crânien peut entraîner des lésions méningées ou cérébrales, mais aussi des hématomes intra crâniens dont les conséquences sont parfois vitales. Une prise en charge chirurgicale précoce augmente les chances de récupéra7on du blessé.

#### Signes

Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l’analyse du mécanisme de l’accident lors du bilan complé-­‐ mentaire, on retrouve un trauma7sme parfois violent direct au niveau du crâne ou de la face de la vic7me (cou, choc) ou indirect (décéléra7on brutale).

A l’issue du bilan d’urgence vitale, la vic7me peut présenter :

* une perte de connaissance qui persiste depuis l’accident ou des troubles de la conscience (somnolence, confusion, agita7on anormale) ;
* des convulsions ;
* une asymétrie pupillaire neFe et ﬁxe.

Lors du bilan secondaire la vic7me se plaint :

* + de céphalées ou d’une douleur spontanée au niveau des os du crâne ;
  + de nausées ou de vomissements.

A l’examen on constate que la vic7me peut présenter :

* + une perte de la mémoire des faits souvent synonyme d’une perte de connaissance passagère immédiatement après l’accident, parfois relatée par les témoins ;
  + un déﬁcit moteur neurologique ;
  + une plaie du cuir chevelu, un hématome ou une déforma7on ;
  + une otorragie ou une épistaxis ;

En cas d’otorragie, la compression manuelle est inu7le. Vériﬁer que l’écoulement sanguin vient bien de l’intérieur de l’oreille en la neFoyant avec une compresse) ;

* + des lésions associées (polytrauma7sme) en par7culier de la colonne cervicale.

Au cours de la surveillance on peut constater :

* + la survenue d’une perte de connaissance secondaire ;
  + des troubles de la conscience apparaissant plusieurs minutes à plusieurs heures après l ’accident alors que la vic 7 me était parfaitement consciente (intervalle libre).

Chez l’enfant ou le nourrisson, les signes de trauma7sme crânien peuvent être diﬀérents de ceux de l’adulte :

* + la perte de connaissance est moins fréquente ;
  + l’enfant ou le nourrisson peut présenter des troubles du comportement (il ne joue plus, il est prostré) souvent constatés par l’entourage ;
  + une pâleur.

Toute chute d’un enfant ou d’un nourrisson, d’une hauteur supérieure à sa taille (table à langer, chaise haute) doit faire suspecter un trauma7sme crânien et faire l’objet d’un avis médical immédiat.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + - de limiter les risques d’aggrava7on du trauma7sme, par une immobilisa7on de la vic7me, qui est suspecte d’une lésion du rachis ;
    - demander un avis médical devant tout trauma7sé crânien ayant perdu connaissance.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 T 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du crâne

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir devant une vic7me suspecte d’un trauma7sme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

#### La victime, consciente, présente une détresse vitale

Appliquer la conduite à tenir adaptée à une vic7me qui présente une détresse vitale.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale apparente

* + Maintenir la tête en posi7on neutre ;
  + re7rer le casque de protec7on, éventuel-­‐ lement ;
  + meFre en place un collier cervical ;
  + administrer de l’oxygène en inhala7on, si nécessaire ;
  + protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries ;
  + transmeFre un bilan et appliquer les consignes reçues ;

S’il s’agit d’une enfant ou d’un nourrisson, la demande d’un avis médical doit se faire rapidement, dès lors qu’une chute, d’une hauteur supérieure à sa taille, est suspectée.

* + surveiller aFen7vement la vic7me, en raison du risque d’aggrava7on brutale.

Si le relevage de la vic7me est nécessaire :

* + immobiliser la vic7me ;
  + relever la vic7me en u7lisant la méthode de relevage adaptée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 T 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du dos et du cou

#### Définition

Un trauma7sme du dos et du cou (colonne vertébrale) est l’ensemble des signes dus à une aFeinte trauma7que de la colonne vertébrale.

Il s’agit de lésions à type d’entorse, de fracture, de luxa7on ou de tassement qui peuvent se situer au niveau de n’importe quelle vertèbre.

#### Causes

Une aFeinte de la colonne vertébrale survient lors d’un choc direct sur la colonne vertébrale ou d’un trauma7sme indirect survenant à distance de celle-­‐ci :

* + - chute de grande hauteur avec récep7on sur les talons ou sur les fesses ;
    - mouvements brusques de ﬂexion extension du rachis cervical.

#### Risques & Conséquences

La gravité d’un trauma7sme de la colonne vertébrale est due à la possible aFeinte de la moelle épinière.

La moelle épinière peut être :

* + - comprimée par la (les) vertèbre(s) fracturée(s) ou luxée(s), par un œdème ou un hématome ;
    - sec7onnée en entraînant des lésions irréversibles.

Les lésions de la moelle épinière donnent des déﬁcits diﬀérents selon la hauteur de la lésion vertébrale.

#### Signes

Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l’analyse du mécanisme de l’accident lors du bilan complémen-­‐ taire, on retrouve un trauma7sme parfois violent direct au niveau du dos ou du cou (coup, choc) ou indirect (ﬂexion extension brusque).

Si la vic7me de l’accident a perdu connaissance, on doit systéma7quement suspecter un trauma7sme de la colonne vertébrale.

Si la vic7me n’a pas perdu connaissance et peut s’exprimer, elle peut se plaindre :

* d’une douleur spontanée siégeant au niveau du rachis ;
* d’un engourdissement, des sensa7ons de décharges électriques au niveau des membres.

A l’examen on peut trouver :

* une déforma7on évidente du rachis ;
* une douleur à la palpa7on prudente du rachis ;
* une perte ou une diminu7on de la sensibilité ou de la motricité des membres ;
* une perte des urines ou des ma7ères fécales ;
* des lésions associées (polytrauma7sme).

Les lésions du rachis peuvent être masquées par d’autres lésions ou leurs conséquences notamment dans le cadre d’un polytrauma7sme

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de ne pas mobiliser la vic7me, en dehors :
  + d’un dégagement d’urgence, si nécessaire ;
  + de sa mise en posi7on latérale de sécurité, si elle a perdu connaissance ;
  + de son immobilisa7on.
* d’immobiliser la tête, le cou et le tronc de la vic7me, qui est suspecte d’une lésion du rachis aﬁn de limiter les risques d’aggrava7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 T 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du dos et du cou

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir devant une vic7me suspecte d’un trauma7sme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

#### La victime, consciente, présente une détresse vitale

Appliquer la conduite à tenir adaptée à une vic7me qui présente une détresse vitale.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale apparente

* Ramener et maintenir la tête en posi7on neutre ;
* conseiller à la vic7me de ne faire aucun mouvement ;
* re7rer le casque de protec7on, s’il est présent ;
* meFre en place un collier cervical ;
* immobiliser la vic7me ;
* protéger la vic7me contre le froid, la chaleur ou les intempéries ;
* transmeFre un bilan et appliquer les consignes reçues ;
* surveiller aFen7vement la vic7me, en raison du risque d’aggrava7on brutale, en par7culier après chaque mobilisa7on.

Si le relevage de la vic7me est nécessaire :

* relever la vic7me en u7lisant la méthode de relevage adaptée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 T 06 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du thorax

#### Définition

Un trauma7sme du thorax est l’ensemble des signes dus à une aFeinte trauma7que du thorax, avec ou sans plaie. Ces signes permeFent de suspecter des lésions pouvant meFre rapidement en jeu la vie de la vic7me.

Ce sont des fractures des côtes ou du sternum avec aFeinte ou non des organes intra-­‐ thoraciques.

#### Causes

Une aFeinte du thorax survient lors :

* + d’un choc direct au niveau des côtes ;
  + de la pénétra7on d’un corps étranger dans le thorax (projec7les d’arme à feu, arme blanche ou tout objet perforant) ;
  + d’une décéléra7on brusque qui peut entraîner des lésions des organes intra thoraciques qui viennent s’écraser sur les côtes ;
  + d’une explosion (blast).

#### Risques & Conséquences

Une aFeinte trauma7que du thorax peut entraîner :

* + une détresse respiratoire due à l’existence :
    - de côtes cassées ;
    - d’un pneumothorax ou d’un hémothorax qui comprime le ou les poumons ;
    - d’une rupture ou plaie de la trachée ou des bronches.
  + une détresse circulatoire, voire un arrêt cardiaque, par aFeinte des gros vaisseaux ou du cœur.

#### Signes

Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l’analyse du mécanisme de l’accident lors du bilan complé-­‐ mentaire, on retrouve un trauma7sme parfois violent direct au niveau du thorax (coup, choc) ou indirect (décéléra7on brutale).

Si la vic7me n’a pas perdu connaissance et peut s’exprimer, elle peut se plaindre :

* d’une douleur spontanée siégeant au niveau d’une ou plusieurs côtes ou provoquée par les mouvements respiratoires ou la toux ;
* d’une émission de crachats de sang rouge.

A l’examen le secouriste peut trouver :

* une douleur à la palpa7on prudente des côtes ;
* une plaie avec ou sans bulles sanglantes à chaque expira7on (vériﬁer le dos) ;
* une contusion ;
* une anomalie du soulèvement de la poitrine ;
* une déforma7on neFe du thorax ;
* une toux incessante ;
* des crachats de sang rouge ;
* des lésions associées (polytrauma7sme).

Toute plaie thoracique est considérée comme grave, même en l’absence de détresse respiratoire.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de prévenir toute détresse respiratoire ou circulatoire par une surveillance aFen7ve ;
* d’installer ou de transporter la vic7me dans une posi7on d’aFente adaptée à son état ;
* de demander un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 T 06 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme du thorax

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir devant une vic7me suspecte de trauma7sme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

#### La victime, consciente, présente une détresse vitale

Appliquer la conduite à tenir adaptée à une vic7me qui présente une détresse respiratoire ou circulatoire.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale apparente

* MeFre immédiatement la vic7me dans une posi7on assise dès lors qu’il existe une gêne respiratoire ;

CeFe posi7on sera maintenue lors de son relevage et de son transport.

* dénuder le thorax de la vic7me ;

Dans la mesure du possible cela doit se faire en préservant son in7mité et si possible sans l’exposer au froid.

* vériﬁer la présence de lésion dans le dos de la vic7me par7culièrement au cours de sa mobilisa7on (installa7on en posi7on assise, PLS) ;
* administrer de l’oxygène en inhala7on, si nécessaire ;
* protéger la plaie par un pansement non occlusif1 et stérile ;
* protéger au plus vite contre le froid, le vent ou la chaleur ;
* transmeFre le bilan pour obtenir un avis médical ;
* surveiller aFen7vement la vic7me du fait d’un risque d’aggrava7on brutale.

Il ne faut jamais re7rer un corps étranger pénétrant dans le thorax sauf si celui-­‐ci empêche la réalisa7on d’une RCP.

1 En l’espèce, le pansement non occlusif doit permettre l’expiration (sortie des gaz).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 07 T 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme des membres

#### Définition

Il existe trois types d’aFeintes des os et des ar7cula7ons des membres :

* l’entorse qui est une lésion trauma7que avec élonga7on, déchirure ou arrachement d’un ou plusieurs ligaments à la suite d’un mouvement exagéré ou forcé de l’ar7cula7on (faux mouvement) créant un écartement transitoire des deux extrémités osseuses.

Une entorse peut s’accompagner d’un arrachement osseux.

* la luxa7on qui est une lésion trauma7que d’une ar7cula7on avec perte complète et permanente des rapports ar7culaires normaux (l’ar7cula7on est *déboîtée*).

Les deux extrémités des os ne sont plus au contact l’une de l’autre. Ce déplacement s’accompagne le plus souvent d’une lésion voire d’une déchirure des ligaments qui entouraient et maintenaient l’ar7cula7on. Parfois, la luxa7on s’accompagne d’une fracture ou d’une aFeinte des nerfs et des vaisseaux.

* la fracture qui est une rupture totale ou par7elle de l’os.

Elle est dite :

* + *simple* lorsqu’il n’existe pas de lésions associées visibles ;
  + *compliquée* lorsqu’il existe des lésions des structures adjacentes (nerfs, ligaments, muscles, vaisseaux).

La fracture peut être accompagnée d’une plaie (fracture ouverte).

#### Causes

Une aFeinte des os et des ar7cula7ons des membres survient :

* pour les entorses lors d’un mouvement forcé de l’ar7cula7on en ﬂexion, en extension ou en rota7on lors d’ac7vité de sport, de travail ou de loisir ;
* pour les luxa7ons lors d’un trauma7sme direct ou indirect, le plus souvent consécu7f à un

accident de circula7on, une chute, une ac7vité de sport, de travail ou de loisir ;

* pour les fractures lors d’une chute ou d’un faux mouvement, à la suite d’un accident de circula-­‐ 7on, d’une ac7vité de sport, de travail ou de loisir.

Elles peuvent être consécu7ves à des blessures par arme à feu.

#### Risques & Conséquences

Les lésions des os et des ar7cula7ons peuvent s’accom-­‐ pagner de complica7ons telles que :

* une compression des vaisseaux ; L’extrémité du membre est froide et pâle.
* une compression des nerfs ;

La vic7me perçoit des fourmillements à l’extrémité du membre aFeint. Il existe parfois une dispari7on de la sensibilité ou de la motri-­‐ cité des doigts ou des orteils ;

* une plaie, il s’agit alors d’une fracture ouverte. Par ceFe plaie, peut se manifester une hémor-­‐ ragie.

Les fractures de la cuisse ou de mul7ples fractures de membres peuvent donner une détresse circulatoire.

#### Signes

Un trauma7sme des membres ou des ar7cula7ons est suspecté lors du bilan circonstanciel ou lors de l’analyse du mécanisme de l’accident durant le bilan complé-­‐ mentaire (chute ou choc violent…).

Si la vic7me n’a pas perdu connaissance et peut s’exprimer, elle peut se plaindre :

* de la percep7on d’un craquement au moment de la chute ou du choc ;
* d’une douleur vive à l’endroit de la blessure ou à côté, augmentée par le mouvement ;
* de la diﬃculté voire de l’impossibilité à bouger le membre aFeint ou à se déplacer.

A l’examen, par7culièrement si la vic7me est sans connaissance, on peut trouver une déforma7on et un gonﬂement visibles au niveau de la lésion.

Si la plupart des lésions des os et des ar7cula7ons sont évidentes, elles peuvent être parfois plus diﬃciles à iden7ﬁer. Le trauma7sme de membre ne sera alors seulement suspecté et iden7ﬁé que lors d’un examen médical et radiographique.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* de rechercher le mécanisme de survenue de la lésion et sa violence ;
* d’empêcher l’aggrava7on en évitant tout déplacement de la zone blessée ;
* de rechercher et parer à toutes complica7ons associées ;
* d’immobiliser la lésion avec du matériel spéciﬁque avant tout déplacement de la vic7me ;
* de prendre un avis médical.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 07 T 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Traumatisme des membres

#### La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir devant une vic7me suspecte de trauma7sme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

#### La victime, consciente, présente une détresse vitale

* + appliquer la conduite à tenir adaptée à une vic7me qui présente une détresse circu-­‐ latoire ;

S’il s’agit d’une saignement abondant, consécu7f à une fracture ouverte, appliquer la conduite à tenir face à une hémorragie externe avant toute immobilisa7on.

* + limiter au maximum les mouvements du membre blessé.

#### La victime ne présente pas de détresse vitale apparente

* + limiter autant que possible les mouvements du membre blessé ;
  + installer la vic7me :
    - en posi7on allongée, si l’aFeinte se situe au niveau d’un membre inférieur ;

Il convient d’indiquer à la vic7me de ne pas bouger.

* + - en posi7on assise, si l’aFeinte se situe au niveau d’un membre supérieur ;

Il convient alors d’indiquer à la vic7me de placer le membre aFeint contre sa poitrine et de le soutenir avec une main dans la posi7on la moins douloureuse possible.

* + immobiliser le membre aFeint à l’aide de l’aFelle la plus appropriée ;

Lors de la mise en place de l’aFelle, il faut toujours immobiliser la lésions et les ar7cu-­‐ la7ons situées au dessus et en dessous.

* appliquer du froid, si possible ;

L’applica7on de froid a pour eﬀet de limiter le gonﬂement et diminuer la douleur.

* poursuivre le bilan complémentaire ;
* demander un avis médical ;
* surveiller la vic7me.

En présence d’une fracture :

* ouverte, non hémorragique :
  + recouvrir la plaie d’une pansement stérile, avant l’immobilisa7on ;
* ouverte avec saignement abondant :
  + appliquer la conduite à tenir face à une hémorragie externe avant toute immobili-­‐ sa7on ;
* avec déforma7on1 :
  + assister le médecin dans le réalignement du membre atteint avant toute immobilisation ;

Le réalignement est réalisé, dans la mesure du possible, par ou en présence d’un médecin.

En situa7on d’éloignement, dans des circonstances excep7onnelles, en l’absence de médecin ou à la demande du médecin régulateur, il peut être réalisé par des secouristes formés et entrainés.

Si la vic7me présente une fracture ouverte, avec un morceau d’os visible ou si la plaie qui saigne con7ent un corps étranger visible :

* ne toucher ni au morceau d’os ni au corps étranger car leur présence peut limiter le saignement et leur mobilisa7on pourrait aggraver la lésion ;
* Si le saignement reste important et massif, réaliser la pose d’un garrot.

1 La présence d’une déformation angulaire du membre atteint d’une fracture peut entrainer une complication nerveuse ou vasculaire (membre froid et pâle) et constitue un obstacle ou une gêne à la mise en place d’un matériel d’immobilisation spécifique.

Le réalignement (faire recouvrer un axe proche de la normale à un membre atteint) permet de limiter les complications de compression vasculaire ou nerveuse et de mettre en place d’un dispositif d’immobilisation spécifique (attelle).

## Souffrance psychique et comportements inhabituels

**8 -­‐ SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTS INHABITUELS** VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 08 | C | 01 | Comportements inhabituels | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | A | 01 | Agita7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | A | 03 | Agressivité | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | A | 04 | Anxiété | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | E | 01 | Etat de stupeur | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 08 | S | 01 | Situa7ons par7culières | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | A A C D D E  M | 02 | Agression sexuelle | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | 05 | AFroupement de personnes | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | 01 | Crise suicidaire | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | 01 | Décès | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | 02 | Délire | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | 02 | Evénement trauma7sant | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | 01 | Mort inaFendue et inexpliquée du nourrisson | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| AC | 08 | S | 02 | Souﬀrance psychique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| PR | 08 | S | 01 | Souﬀrance psychique | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 08 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Comportements inhabituels

#### Définition

Un comportement inhabituel est la manifesta7on d’une souﬀrance ou d’une détresse psychique. CeFe détresse traduit une altéra7on, voire une rupture du contact habituel entre ceFe personne et la réalité. Elle signe la rupture du sujet avec lui-­‐même (*« On ne le reconnaît plus* » ; *« Il n’est plus lui-­‐même »*...).

Des comportements inhabituels peuvent être le mo7f de l’interven7on des secours ou survenir secondai-­‐ rement au cours de la prise en charge d’une vic7me qui présente une aggrava7on brutale d’une maladie, d’un trauma7sme ou autre.

#### Causes

Plusieurs causes peuvent être à l’origine d’un comportement inhabituel :

* le stress dépassé.
  + les causes psychiatriques, comme :
    - des états aigus.

Ce sont des états transitoires, néanmoins certains peuvent être un mode de révéla7on d’une maladie psychiatrique (par exemple, une dépression en réac7on à un deuil ou à une sépara7on, un état d’agita-­‐ 7on temporaire, une bouﬀée délirante aiguë, une aFaque de panique, etc.) ;

* + - des états chroniques.

Ce sont des troubles plus profonds de la personnalité comme les psychoses, les démences ou d’autres maladies psychia-­‐ triques. Ces personnes ont une altéra7on sévère du rapport à la réalité, qu’ils transforment par leur délire ou leurs hallucina7ons.

* + - des causes physiques, comme :
      * les maladies, par7culièrement celles qui entraînent :
        + une baisse du taux de sucre dans le sang (malaise hypoglycémique) ;
        + un manque d’oxygéna7on du cerveau (par exemple une détresse respiratoire) ;
        + une ﬁèvre élevée ;
        + une baisse excessive de la température corporelle de la vic7me (hypothermie) ;
        + une tumeur cérébrale, un accident vasculaire cérébral, la maladie d’Alzheimer…
      * les trauma7smes, comme :
        + le trauma7sme crânien ;
        + les hémorragies graves ;
        + les douleurs intenses…
      * la prise de toxiques (volontaire ou involontaire, associée ou non) comme :
        + l’alcool (intoxica7on aiguë ou sevrage) ;
        + les stupéﬁants ;
        + les médicaments…
    - les causes psychiques, comme :
      * les troubles psychiques tels que la panique, les états dépressifs ou d’autres aﬀec7ons psychiatriques plus graves ;

#### Risques & Conséquences

La personne qui présente un comportement inhabituel ne sait plus dis7nguer ce qui est dangereux pour elle ou pour son entourage. Elle peut être incapable de prendre soin d’elle et avoir besoin d’aide tout en s’opposant et en refusant les soins ou le transport en milieu hospitalier. En eﬀet, les troubles mentaux rendent parfois impossible le consentement et compliquent l’ac7on de secours.

#### Signes

Un comportement inhabituel peut s’exprimer par une perturba7on de la communica7on et des troubles de la rela7on aux autres sous la forme :

* d’une altéra7on du langage (par exemple un discours incohérent, un mu7sme ou à l’inverse un ﬂot de paroles incontrôlable) ;
* de gestes, de mouvements inappropriés (par exemple un comportement inhibé, ou à l’inverse une agita7on psychomotrice).

Ces diﬃcultés sont souvent diﬃcilement tolérées par la vic7me elle-­‐même ou par son entourage, car la personne à secourir peut avoir une conduite inadaptée voire agressive.

Le secouriste peut se trouver face à :

* + - une vic7me agitée.

CeFe agita7on se traduit par une hyper ac7vité de la vic7me, d’intensité et de durée variables. La personne 7ent des propos incohérents, parle beaucoup, bouge dans tous les sens, ne parvient pas à ﬁxer son aFen7on ou à se contrôler. CeFe agita7on suscite souvent une réac7on d’intolérance de l’entourage. Un des risques de cet état est que, par ses ac7ons non coordonnées, irréﬂéchies et incontrôlables, la personne meFe en danger autrui et elle-­‐ même.

On remarque souvent que la personne :

* + - * ne veut pas ou ne peut pas parler ;
      * refuse la présence du secouriste ;
      * refuse la parole de l’autre ;
      * refuse de l’aide.
    - une vic7me en état de stupeur.

Ce que la vic7me nous donne à voir et à « en-­‐ tendre », c’est son silence. Elle n’a pas l’envie ou la possibilité de parler. Bien souvent, en parallèle, elle n’a pas l’envie ou la possibilité de bouger. Elle s’exprime alors avec son regard et par son mu7sme.

On remarque souvent qu’elle accepte :

* + - * la présence du secouriste ou d’un 7ers ;
      * les paroles du secouriste ;
      * de l’aide.
    - une vic7me anxieuse.

La vic7me présente un fort sen7ment d’insécurité, de danger immédiat, de peur de devenir folle ou de mourir prochainement.

Elle est le plus souvent agitée ou à l’inverse présente une stupeur.

Une vic7me anxieuse peut commeFre un geste auto-­‐agressif (blessures, comportement à risques, tenta7ve de suicide).

On remarque souvent qu’elle ne s’oppose pas toujours à ce qu’on l’aide.

* + - une vic7me agressive ou violente.

La vic7me présente une agita7on ainsi qu’une instabilité dans son humeur ou son comportement à l’encontre de son entourage ou des secours.

Elle a du mal à rester en place et 7ent des propres inadaptés, injurieux ou obscènes.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* + - d ’a d o p te r u n e a Ät u d e h u m a i n e e t professionnelle lors de la prise en charge de toute vic7me ;
    - d’adopter une aÄtude favorable à l’expression de la vic7me qui ressent le besoin de s’exprimer et de partager ce qu’elle éprouve ;
    - d’assurer la sécurité de la vic7me et de son entourage, leur réconfort et leur informa7on ;
    - de demander un avis spécialisé, si nécessaire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Agitation

* + - Ne pas se meFre en danger ;
    - faire appel aux forces de l’ordre, si nécessaire ;
    - ne pas rester seul avec la vic7me, ne pas l’isoler ;
    - favoriser un interlocuteur unique ;
    - être aFen7f à un possible passage à l’acte soudain de la vic7me.

Pour cela :

* + - * surveiller les fenêtres ;
      * éloigner tout objet poten7ellement dangereux.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 A 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Agressivité

* + - Ne courir aucun risque, pour soi-­‐même comme pour les 7ers ;
    - dire clairement que les secours sont là pour apporter aide et assistance ;
    - rester calme et essayer d’entrer en contact verbal ;
    - maintenir les marques de respect (vouvoie-­‐ ment, madame, monsieur) ;
    - maintenir un lien privilégié avec la vic7me ;

De préférence par un seul et même interve-­‐ nant : celui qui a le contact le plus facile avec la vic7me.

* + - interroger les personnes de l’entourage aﬁn de savoir si la vic7me :
      * est coutumière du fait ;
      * a absorbé de l’alcool ou d’autres substances toxiques.
    - rester vigilant vis-­‐à-­‐vis de la vic7me ;

Pour cela :

* + - * faire face à la vic7me ;
      * se tenir suﬃsamment loin pour ne pas être agressé physiquement ;
      * éloigner tout objet poten7ellement dange-­‐ reux à proximité ;
      * prévoir, impéra7vement, la possibilité de s’écarter rapidement.
    - ne pas alimenter la violence par une aÄtude agressive ;
    - demander le renfort des forces de l’ordre, si la vic7me persiste dans son agressivité.

La prise en charge ou la neutralisa7on d’une personne en possession d’une arme (fusil, revolver, couteau ou autre objet dangereux) n’est pas du ressort des secours mais de la force publique.

Dans ce cas, il faut rester très vigilant et demander immédiatement un renfort des forces de l’ordre. En aFendant, il convient de se meFre à l’abri.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 A 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Anxiété

* + - Faire parler la vic7me ;
    - écouter la vic7me avec aFen7on ;

La personne en diﬃculté a besoin de dire et de partager ce qu’elle éprouve.

* + - rassurer la vic7me en lui donnant quelques informa7ons sur la situa7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 E 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Etat de stupeur

* + - Favoriser un interlocuteur unique ;
    - être direc7f, protecteur et apaisant en même temps ( *« Je suis là pour vous aider, regardez-­‐ moi, comment vous appelez-­‐vous ? »* ) ;
    - être proche de la vic7me et lui montrer de la compassion ;
    - agir progressivement dans la réalisa7on des gestes de secours, ne pas être intrusif ni brusque ;
    - maintenir le contact avec la vic7me, lorsqu’il a pu être établi, jusqu’à la prise en charge par un relais (hôpital, 7ers…) ;
    - ne jamais laisser seule une vic7me en état de stupeur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 08 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Situations particulières

#### Réaction immédiate face à un événement traumatisant

Les personnes peuvent subir des événements poten7ellement trauma7sants. Ce type d’événement, soudain et inaFendu, génère des sen7ments d’impuissance, une peur intense (eﬀroi, horreur) et confronte les personnes de façon directe ou indirecte avec la mort. Il peut faire écho à un élément de la vie de l’individu ou du secouriste (iden7ﬁca7on à la vic7me).

Il est courant de repérer quelques phases par7culières dans les réac7ons d’un individu face à cet évènement *trauma(sant*. Leur chronologie cons7tue ce que l’on appelle le *travail de deuil*, le deuil étant ici pris dans son sens général de *perte*.

Ces réac7ons sont le plus souvent des *réac(ons normales à un évènement inhabituel*. Les phases successives de réac7ons face à cet évènement peuvent s'imbriquer, se mélanger ou se masquer :

* + - La perte de connaissance ( *« Oh, je me sens mal ! »* )

L’évanouissement peut être la première réac7on à un évènement insurmontable. C’est une manière de se soustraire à une réalité invivable.

* + - Le refus ( *« Pas à moi ! », « Je n’y crois pas ! »,*

*« Ce n’est pas vrai ! »* )

La personne refuse la vérité et ce qui vient d’arriver. CeFe phase lui sert à se protéger de la situa7on. CeFe phase est tout à fait normale.

* + - L’incompréhension ( *« Je ne comprends pas ! »*) La vic7me est dépassée par un événement qui pour elle n’a aucun sens.
    - La colère ( *« Pourquoi moi ? », « C’est la faute de… »*)
* La tristesse ( *« C’est dur, c’est diﬃcile… »* )

CeFe phase de la tristesse se caractérise par une forme de mélancolie, par des silences intermiFents. CeFe phase montre que la personne commence à accepter la situa7on. Il est normal, par exemple, qu’une personne soit triste après le décès d’un être cher.

C’est souvent à par7r de là que l’événement peut se dire et se partager, notamment auprès du secouriste.

* L’accepta7on ( *« D’accord, alors… »* )

Cela ne veut pas dire que la vic7me est sa7sfaite de la situa7on, mais cela veut tout simplement dire qu’elle a accepté de con7nuer à vivre avec la nouvelle situa7on. CeFe étape nécessite souvent beaucoup de temps. Elle peut, bien sûr, être facilitée par un sou7en psychologique adapté.

* La transforma7on ou reconstruc7on

La situa7on redevient posi7ve et la personne concernée retrouve la stabilité. Cela sous-­‐ entend que l’événement n’est pas oublié, mais qu’il s’inscrit dans le cours d’une histoire et que la page peut se tourner.

Les trois dernières phases se déroulent le plus souvent à distance de l’interven7on secouriste

Lorsque l’on se trouve en présence d’une personne, vic7me d’un évènement trauma7sant, il est important d’iden7ﬁer ces diﬀérentes étapes et de les respecter.

En cas de catastrophe avec de nombreuses vic7mes, les cellules d’urgence médico-­‐psychologique (CUMP) prennent en charge les personnes présentant ces types de réac7on. Néanmoins, les secouristes sont en première ligne, avant leur orienta7on vers ces structures de préven7on ou de soins.

CeFe colère peut être dirigée contre les

secouristes. AFen7on ne pas entretenir ceFe

colère par une aÄtude agressive.

* + La culpabilité ( *« Je n’aurais pas dû… », « Tout est de ma faute. », « Si j’avais su, si j’avais prévu… »* )

La culpabilité suit la colère et est un signe de retour à la réalité.

#### Crise suicidaire

Il s’agit d’un état de *crise psychique* évolu7ve accompa-­‐ gnée d’idées suicidaires dont le risque majeur est la tenta7ve de suicide ou le suicide : elle est réversible et temporaire (quelques jours à quelques mois).

Une tenta7ve de suicide n’est jamais un acte anodin. Quels que soient le geste et ses conséquences, la

vic7me doit toujours être accompagnée à l’hôpital, sauf avis contraire du médecin régulateur.

#### Agression sexuelle

La prise en charge d’une vic7me d’agression sexuelle est par7culièrement délicate.

Une agression sexuelle induit toujours une souﬀrance psychique importante pour la vic7me. CeFe dernière (une femme, un homme, un enfant ou une personne âgée) a été blessée dans son corps et dans son esprit.

Il peut être diﬃcile pour la vic7me de communiquer avec une personne du même sexe que son agresseur. Il est alors préférable, quand cela est possible, que le secouriste en charge de la vic7me, et en communica7on directe avec elle, soit du même sexe que celle-­‐ci.

#### Délire

Le délire est la manifesta7on d'un désordre de la pensée qui fait prendre pour réels, des faits imaginaires. Cet état, qui dure plus ou moins longtemps, peut se rencontrer dans certaines maladies mentales (psychoses), mais aussi lors de maladies infec7euses ou d'intoxica7ons (alcoolisme, toxicomanie…).

Les manifesta7ons du délire sont extrêmement variables, mais les secouristes peuvent rapidement repérer les signes suivants :

* + des propos et un discours incohérents ;
  + une agita7on ou une prostra7on ;
  + des hallucina7ons visuelles, audi7ves, etc.

Les thèmes délirants sont nombreux. On note :

* + les délires de persécu7on ;
  + les délires de culpabilité ;
  + les délires mys7ques ;
  + les délires de grandeur, etc.

Cet état peut survenir après un événement déstabilisant ou l’arrêt du traitement médical.

Il existe également des délires partagés par une ou plusieurs personnes.

#### Mort

Les manifesta7ons d’ordre émo7onnel présentées par les membres de la famille à l’annonce d’un décès sont l’expression d’une douleur morale, d’une souﬀrance

psychique : elles sont naturelles et leur abord ne relève pas nécessairement d’un professionnel de la santé mentale. Une assistance empreinte d’humanité, proche, simple et discrète peut réconforter celui qui vient de perdre un des siens.

Sur interven7on, l’annonce du décès est toujours le fait du médecin sauf dans les cas de décès certains. C’est un moment diﬃcile car on appréhende les réac7ons émo7onnelles de l’entourage de la vic7me.

#### Mort inattendue et inexpliquée du nourrisson

La mort inaFendue du nourrisson (MIN), dite aussi

« mort subite du nourrisson », est déﬁnie comme une mort survenant brutalement et de manière inaFendue chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir. La limite supérieure de l’âge des enfants concernés a été ﬁxée à deux ans. Les vic7mes sont âgées de moins de cinq mois dans 95 % des cas.

La mort d’un enfant pour ses parents est un drame contre-­‐nature et inacceptable, même si parfois, et après-­‐coup, on peut en comprendre l’origine.

#### Attroupement de personnes

La bonne ges7on d’un aFroupement ou d’une foule peut permeFre de diminuer l’anxiété d’une ou des vic7me(s) ou impliqué(s).

Être pris dans un mouvement de foule peut entraîner chez tout individu des comportements inhabituels générateurs de panique ou de grande violence.

La panique de foule est une peur collec7ve intense déclenchée par la percep7on d’un danger réel ou imaginaire. Elle peut se traduire par des comportements collec7fs inadaptés (fuite éperdue, bousculade, pié7nement des plus faibles).

La panique de foule accroît le danger et le nombre des vic7mes.

#### Refus de soins ou de transport

Aﬁn de protéger les droits de la vic7me et d’éviter toute poursuite pénale à l’encontre des secours, la législa7on en ma7ère de refus de soins et de transport doit être respectée.

Seule une personne majeure, juridiquement capable, saine d’esprit, clairement informée des risques qu’elle

encourt, est en droit de refuser son transport vers une structure hospitalière.

Dans la même logique, elle peut refuser les soins que l’on peut lui apporter. Dans ceFe situa7on, le secouriste doit en informer immédiatement le responsable d’équipe ou le médecin régulateur.

Si une vic7me présente un comportement inadapté, on doit considérer qu’elle n’est pas suﬃsamment saine

d’esprit pour refuser les soins et le transport. Dans ceFe situa7on, le secouriste ne doit en aucun cas laisser la vic7me sur place mais doit en informer immédiatement le responsable d’équipe ou le médecin régulateur.

Le transport d’une vic7me pour une admission en soins psychiatriques à la demande d’un 7ers ou en cas de péril imminent ne peut se faire qu’après interven7on d’un médecin ou à la demande d’un représentant de l’Etat.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Agression sexuelle

Il convient de garder présent à l’esprit que la vic7me a été humiliée. Elle est dans l’angoisse que la situa7on se reproduise et il est important qu’elle se sente en sécurité.

* + Réconforter la vic7me ;
  + réaliser les gestes de secours nécessaires avec calme et les expliquer à la vic7me ;
  + maintenir l’in7mité de la vic7me en la recouvrant par un drap ou une couverture ;
  + garder le minimum de personnes à son contact

;

* + expliquer à la vic7me qu’elle peut être orientée vers une structure spécialisée de référence car il s’agit d’une urgence médico-­‐légale.

Au cours de ceFe prise en charge, le secouriste doit éviter :

* + d’obliger la vic7me à s’allonger si elle ne le souhaite pas ;
  + de la ques7onner intensivement sur l’événement.

L’agression sexuelle est un crime. Il est donc important de veiller à ne pas déshabiller la vic7me, sauf si les gestes de secours l’imposent, et à ne pas déplacer les objets aux alentours.

Si la vic7me désire se laver, lui demander d’aFendre l’avis du médecin dans l’intérêt de ses droits.

La demande de police est obligatoire si le viol a été perpétré sur une vic7me mineure ou vulnérable. Dans les autres cas, la police est requise seulement si la vic7me y consent.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 A 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Attroupement de personnes

#### En présence d’un attroupement de personnes

* + Agir de façon coordonnée avec calme ;
  + demander courtoisement à toute personne présente de s’écarter, aﬁn de ne pas gêner l’organisa7on des secours ou incommoder la (les) vic7me(s).

Dans tous les cas, si l’aFroupement émet des signes d’hos7lité, il est souhaitable de prévenir immédia-­‐ tement son autorité ou la police aﬁn d’obtenir un renfort et de ne pas se retrouver isolé et en situa7on d’insécurité.

#### Face à un mouvement de panique de foule

* Ne pas chercher à le contenir ;
* se meFre en sécurité avec la vic7me ;
* demander du renfort.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Crise suicidaire

Dans son aÄtude le secouriste doit veiller à :

* + Instaurer un dialogue ;
  + iden7ﬁer les risques poten7els pour protéger la vic7me : fenêtres ouvertes, objets dange-­‐ reux, etc ;
  + prendre en compte la souﬀrance de la vic7me et lui montrer que l’on ne reste pas indiﬀérent (*« Vous êtes triste, qu’est-­‐ce qui vous rend si triste ? »*) ;
  + ne jamais donner d’avis personnel sur le geste réalisé par la vic7me.

En parallèle, il doit :

* + recueillir les boîtes ou les ﬂacons de produits absorbés (mêmes vides) lorsqu’il s’agit d’une tenta7ve de suicide médicamenteuse ou par toxique, aﬁn de les remeFre au personnel des urgences ;
  + réaliser un bilan de la vic7me ;
  + apporter un sou7en aux proches présents sur les lieux de l’interven7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 D 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Décès

* + Par7ciper au réconfort moral de la famille et des proches, une fois que la décision médicale d’arrêter la réanima7on a été prise ;
  + adopter une aÄtude respectueuse vis-­‐à-­‐vis de la personne décédée ;

Une telle aÄtude est un facteur de réconfort notable pour la famille ou son entourage.

* + assurer le déplacement du défunt, et son installa7on dans un lit en l’absence d’obstacles médico-­‐légaux, après l’aval de la famille ;

Il convient de respecter les rituels culturels et religieux.

* + ne pas laisser un proche seul avec le corps, sauf à sa demande.

S’assurer qu’un relais est pris par la famille, les amis ou les voisins.

Dans le cas par7culier où le décès survient sur la voie publique, il convient de recouvrir en7èrement le corps dès que possible, aﬁn de ne pas le laisser exposé.

S’il y a lieu (par exemple, quand la vic7me est déﬁgurée), il faut prévenir l’entourage de la possibilité de visions diﬃciles à supporter.

La demande des services de police est obligatoire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 D 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Délire

* + Rassurer et créer une rela7on de conﬁance en privilégiant un discours clair et cohérent ;
  + réaliser un bilan ;
  + se renseigner auprès de l'entourage de la prise éventuelle de toxiques ;
  + ne jamais casser le *délire* de la vic7me en essayant de lui faire entendre une réalité à laquelle, pour l'instant, elle ne peut pas adhérer.

L'épisode délirant ne sera pas forcément marqué par une forme d'agressivité ou de violence, mais il convient de rester prudent face à la situa7on rencontrée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 E 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Evénement traumatisant

Dans son aÄtude le secouriste doit veiller à :

* + garder ses propres capacités réac7onnelles pour meFre en sécurité les vic7mes ;
  + garder présent à l’esprit que la vic7me n’a pas une conscience pleine de ce qui lui arrive ou de ce qui vient de lui arriver et qu’elle peut même en nier l’impact ;
  + iden 7 ﬁer et prendre en compte les comportements inhabituels, souvent inadaptés à la situa7on d’urgence (ex : stress dépassé) ;
  + reconnaître la traduc7on de la souﬀrance psychique liée à l’impact de l’événement ;
  + respecter les diﬀérentes phases dans leurs expressions.

En cas de catastrophe avec de nombreuses vic7mes, les cellules d’urgences médico-­‐psychologique (CUMP) prennent en charge les personnes présentant ces types de réac7on. Néanmoins, les secouristes sont en première ligne avant leur orienta7on vers ces structures de préven7on ou de soins.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Mort inattendue et inexpliquée du nourrisson

* + TransmeFre une demande de renfort en urgence absolue ;
  + accepter la présence des parents lors des manœuvres de réanimation, s’ils le souhaitent ;
  + s’assurer, lorsque le décès survient chez une 7erce personne (nourrice par exemple), qu’elle bénéﬁcie d’une prise en charge avec la même aFen7on que les parents ;
  + veiller à ce que les autres enfants présents soient pris en charge.

Le vécu d’une telle interven7on peut être diﬃcile, y compris pour les secouristes. Un sou7en psychologique peut être mis en place ultérieurement pour favoriser la reprise d’une distance émo7onnelle vis-­‐à-­‐vis de l’événement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 08 S 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Souffrance psychique

#### Définition

La souﬀrance psychique se caractérise par une douleur morale qui donne une sensa7on de malaise intense et qui ne se rapporte pas à un organe du corps. CeFe souﬀrance est une réac7on normale à un événement inhabituel.

#### Causes

La souﬀrance psychique peut survenir après un événement déplaisant et inhabituel. Elle peut aussi être le fait d’une maladie, d’un trauma7sme, d’une prise de toxique, d’un stress important ou encore d’un trouble psychiatrique.

#### Risques & Conséquences

La souﬀrance psychique peut évoluer vers un comportement inhabituel.

#### Signes

La souﬀrance psychique n’est pas toujours clairement exprimée par la vic7me et ceFe dernière n’en a pas nécessairement une pleine conscience.

Elle peut se manifester parfois par des comportements inhabituels.

#### Principe de l’action de secours

L’ac7on de secours doit permeFre :

* d’adopter une aÄtude humaine et profession-­‐ nelle lors de la prise en charge de toute victime ;
* d’adopter une démarche d’équipe ;
* d’assurer la sécurité de la vic7me et de son entourage, leur réconfort et leur informa7on ;
* de demander un avis spécialisé, si nécessaire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | PR 08 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Souffrance psychique

Tout en réalisant un bilan complet de la vic7me il convient de :

* + assurer le réconfort moral de la vic7me ; Même s’il faut dis7nguer et traiter en priorité l'urgence vitale, il faut cependant prendre du

temps pour réconforter la vic7me.

* + agir en équipe ;

Dans une équipe, la diversité est une richesse qui permet d'assurer la complémentarité des ac7ons.

Au cours des diﬀérentes interven7ons, il est souhaitable que ce ne soit pas toujours le même secouriste qui 7enne le même rôle et, si possible, d’avoir des équipes mixtes aﬁn de faciliter la communica7on.

* + se présenter et indiquer que les secours sont là pour l’aider ;

L’interven7on commence par une prise de contact, le plus souvent verbale, pour expliquer la raison de sa venue.

Des ques7ons sur le ressen7 actuel, sur la localisa7on de la douleur, montrent, au-­‐delà de la recherche de signes, l’intérêt par7culier que l’on porte à la vic7me.

Il convient toutefois d’être vigilant et de repérer quand ce ques7onnement occasionne une gêne chez la vic7me

* + expliquer et rassurer la vic7me ;

Un bon contact avec la personne blessée physiquement ou psychiquement peut l’apaiser et limiter l’appari7on d’un comportement inhabituel.

L’explica7on de la situa7on rend plus autonome la vic7me, tout en la rassurant.

Le secouriste doit expliquer, avec des mots simples, les gestes qu’il eﬀectue, en faisant par7ciper, autant que possible, la vic7me.

* + adopter une aÄtude professionnelle ; L’aÄtude de l’intervenant doit inspirer le calme aux vic7mes, aux sujets impliqués et aux

éventuels témoins.

Le secouriste doit suivre les consignes données par le responsable de l’équipe et adopter un comportement *professionnel* tout en restant aFen7f aux demandes de la (des) vic7me(s).

Ce comportement passe par :

* la posture physique :

Être debout, assis ou accroupi change la distance de dialogue. Même lorsque le secouriste n’est pas l’interlocuteur privi-­‐ légié, son aÄtude peut inﬂuencer l’état de la vic7me (éviter les soupirs, les mains dans les poches, la désinvolture, la posture ou aÄtude supérieure, voire le mépris).

* la voix :

Parler dis7nctement sur un ton calme peut rassurer et apaiser. Un ton ferme peut aider à ﬁxer les limites d’une crise.

* le respect :

Il passe très souvent par le vouvoiement et l’usage de la politesse, y compris pour une personne agressive ou désocialisée. Le vocabulaire u7lisé est adapté à l’interlo-­‐ cuteur sans pour autant l’infan7liser.

* le contact physique :

Une présence physique (éventuellement prendre la main ou le pouls) rassure souvent la vic7me. Si le contact physique est imposé par un geste de secours, il est précédé d’une explica7on et s’eﬀectue dans le plus grand respect de la personne. Mais aFen7on, le contact n’est pas appréhendé de la même façon selon les situa7ons, les cultures, les états émo7onnels.

* l’aÄtude d’écoute :

Le fait qu’une personne en état de détresse soit capable de parler est en soi plutôt rassurant. Elle peut s’adresser au secouriste et le désigner, sans qu’il le recherche, comme un interlocuteur ou comme un témoin muet de sa souﬀrance.

Il faut bien se garder de valider ou d’invalider des propos tenus en état d’urgence ; propos que la vic7me pourrait par la suite regreFer. Par contre, l’authen7cité de l’écoute de la souﬀrance de la vic7me, du recueil de toutes paroles quelles qu’elles soient, a une fonc7on

« humanisante », rassurante et « soula-­‐ geante ».

L’apaisement de la vic7me par7cipe de sa coopéra7on aux soins.

Il peut exister des situa7ons où l’échange de paroles « authen7ques » entre le secouriste et la vic7me permet à celle-­‐ci de s’extraire de sa détresse.

En ﬁn d’interven7on, il convient d’expliquer à la vic7me que le rôle des intervenants prend ﬁn et qu’il est relayé pour la suite : milieu hospitalier, médecin, téléphonie sociale.

## Relevage et brancardage

VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 09 | R | 01 | Relevage, brancardage | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 09 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Relevage, brancardage

#### Définition

Le relevage est une ac7on qui consiste à placer une vic7me sur un brancard, directement ou à l'aide d'un disposi7f par7culier de relevage aﬁn d’assurer son déplacement (brancardage).

CeFe ac7on est réalisée après avoir soustrait la vic7me à la cause de sa détresse et l’avoir installée dans la posi7on que nécessite son état.

* Bonne répar77on des charges

Les secouristes doivent être plusieurs (3 à 6) selon les cas; la charge doit être rapprochée au maximum des porteurs.

* Synchronisa7on des mouvements

En équipe les mouvements doivent être doux et synchronisés, sous les ordres d’un chef.

L’applica7on des techniques de relevage et de brancardage comporte des risques, notamment pour la vic7me mais aussi pour le secouriste. Un bon entraînement et le respect des techniques évitent ou minimisent ces risques.

#### Principes généraux de manutention

Les manœuvres de relevage et de brancardage doivent être pra7quées de manière coordonnée sous la conduite d'un chef et exigent la stabilité des secouristes et la sécurité de leurs mouvements.

A cet eﬀet, il convient de respecter les principes suivants :

* Stabilité des posi7ons et sécurité des mouvements des secouristes

Le secouriste debout doit avoir les pieds écartés, décalés, non parallèles.

A genoux, il se place en posi7on du « trépied », un genou à terre, l'autre écarté en dehors des avant-­‐bras.

Penché en avant, il garde le dos plat et travaille avec les muscles des membres inférieurs, s'éloignant le moins possible de la posi7on ver7cale. Il vaut mieux s'accroupir que se pencher.

Ces principes évitent les « faux mouvements » à l’origine de douleurs dorso-­‐lombaires.

* Fermeté des prises

La charge est saisie à pleines mains et non du bout des doigts ; elle porte sur les avant-­‐bras et non sur les mains.

#### Règles générales de relevage

Le choix du matériel et de la méthode relève du chef d'équipe. Dans certaines circonstances, il peut demander un avis médical. Ce choix repose sur les éléments d'apprécia7on suivants :

* l’accessibilité de la vic7me (par la tête, par les pieds, par un côté, par deux côtés) et la possibilité de disposer le brancard près du blessé ;
* l’état de la vic7me et la nature des lésions suspectées ;
* le poids de la vic7me et le nombre de secouristes ;
* le matériel disponible ;
* la posi7on d’aFente de la vic7me.

Quelle que soit la technique u7lisée, les principes généraux de manuten7on s’appliquent.

Le transfert du blessé sur le brancard s’eﬀectue de façon coordonnée, sous le commandement d’une personne (en règle générale celle qui est placée à la tête de la vic7me).

Le relevage d’une vic7me suspecte d’un trauma7sme du rachis doit toujours se faire avec un main7en de la tête.

Une fois installée sur le brancard, la vic7me doit se trouver au milieu et sa tête reposer sur le brancard.

#### Règles générales de brancardage

Le brancardage est une épreuve inconfortable pour la vic7me. Enﬁn d’en minimiser les eﬀets, il convient de respecter les règles et principes suivants :

* + préalablement au déplacement :
    - arrimer ou sangler la vic7me ;
    - posi7onner les secouristes, en fonc7on de leur taille et de leur force ;
  + lors du déplacement :
    - veiller à maintenir le brancard en posi7on horizontale ;
    - s’assurer que les mouvements sont exécutés de façon coordonnée, aﬁn d’être le plus doux possible pour la vic7me ;

En cela, les déplacements doivent être réalisés en marchant, sans secousses ni balancements.

* + - placer la tête de la vic7me vers l’avant, en règle générale.

Le chef se place préféren7ellement à l’arrière aﬁn de pouvoir surveiller la vic7me comme les secouristes. Il doit :

* + coordonner la manœuvre de brancardage. Pour cela, il veille à :
    - se placer, en général, à l’arrière ;

Ce posi7onnement lui permet d’avoir une vision sur l’ensemble de son équipe d’une part, tout en pouvant exercer une surveillance constante de la vic7me, d'autre part.

* + - commander l'équipe de secouristes dans chacune des ac7ons à conduire ;

Le commandement se fait, le plus souvent en deux temps. L’ordre d’exécu7on étant précédé d'un ordre préparatoire.

Les ordres sont donnés à haute et intelligible voix, aﬁn d’être entendus par tous les membres de l’équipe.

#### Matériel de relevage et de brancardage

II existe une série de matériels qui peuvent aider à relever une vic7me. Certains d'entre eux peuvent être u7lisés pour un déplacement sur une courte distance jusqu'au lieu où la pose sur le brancard est possible.

Les véhicules spécialement aﬀectés au transport des vic7mes (blessés, malades) sont équipés en général de brancards adaptés à des chariots porte-­‐brancard dont ils peuvent être parfois désolidarisés (VSAV, UMH des SMUR, véhicules de premiers secours des associa7ons de secourisme, véhicules des transporteurs sanitaires privés).

Les modèles de brancards les plus couramment rencontrés sont :

* le brancard pliant à compas sans tê7ère.

C’est un brancard plat dont le fond est en toile ou en toile plas7ﬁée. Les hampes sont en bois ou en métal, munies de pieds ﬁxes et réunies par des compas métalliques permeFant de plier le brancard dans le sens de largeur (transport à vide et stockage). II peut être muni de bretelles pour le brancardage à trois.

* le brancard dit *principal1.*

Ce brancard est muni de roues et peut être u7lisé seul, ou combiné à un chariot de transport.

Muni d'un dossier (appelé appui-­‐tête), il permet la posi7on demi-­‐assise, et peut être complété d’un repose-­‐pied (brancard ar7culé).

La zone du thorax est rigide pour permeFre de réaliser une RCP, il est recouvert d’un matelas de transport et parfois d’appuis latéraux rabaFables.

* les brancards dits de *catastrophe*.

II s'agit de brancards plats, rigides, aisément empilables, dont le stockage et le transport à vide peuvent être faits sous faible volume.

* Le brancard pour aéronefs.

Certains aéronefs en version sanitaire sont munis de brancards spéciaux, plus étroits.

Outre les brancards, la chaise de transport permet de répondre à une diﬃculté réelle de brancardage en étages, dans les immeubles sans ascenseur ou aux escaliers ou ascenseurs étroits.

1. Ce brancard répond à la norme NF EN 1865 - Décembre 1999 - relative aux spécifications des brancards et équipement d’ambulances pour le transport de patients

Elle peut être u7lisée pour une vic7me sans aFeinte grave, qui peut se tenir assise et qui ne présente aucune détresse.

Il existe deux modèles de chaise de transport : pliant et non pliant. Ils sont équipés de poignées sur le cadre supérieur (dans le dos) et sur la barre inférieure (aux pieds).

Par ailleurs, d’autres disposi7fs de portage sont aussi couramment u7lisés2 :

* + Le brancard *cuillère.*

Ce disposi7f est cons7tué de deux par7es qu'on glisse latéralement sous le blessé, puis qu'on réunit pour cons7tuer un brancard rigide.

Ce matériel, en métal inoxydable ou en PVC, est cons7tué :

* + - d'un cadre tubulaire, large de 43 cm au niveau du tronc, dont les montants permeFent le portage ;
    - de lames pleines, légèrement incurvées, inclinées vers l'intérieur, permeFant la

« cueilleFe » de la vic7me.

Le cadre tubulaire est réglable en longueur et permet, par deux systèmes à encliquetage et ar7culés, l'ouverture en éventail ou la dissocia7on du brancard en deux par7es.

Trois sangles permeFent l'arrimage de la vic7me.

La forme *en auge* et les possibilités d'ouverture permeFent de glisser les lames sous la vic7me sans la soulever.

Le stockage peut s'eﬀectuer en posi7on repliée.

Ce disposi7f est surtout u7lisé pour relever une vic7me et la transférer sur un autre moyen de transport.

* + *L’alèse portoir.*

Elle est cons7tuée d'un rectangle de toile épaisse, solide, plas7ﬁée, radio-­‐transparente, dont la dimension correspond à la surface u7le du brancard.

Elle est munie de poignées latérales renforcées de sangles de toile, dans le sens transversal et parfois longitudinal. Les poignées sont au nombre de 6 ou 8 symétriques ou dissymé-­‐ triques.

Elle est principalement u7lisée comme disposi7f de transfert. Placée à l'avance sur le brancard, sous la couverture, elle permet :

* + - de faire glisser le blessé d'un brancard sur un autre ;
    - de faire passer le blessé du brancard sur un lit, une table d'examen ou de radiologie.

Elle est u7lisée isolément et de façon transitoire pour transporter une vic7me (qui ne présente pas de lésions trauma7ques) jusqu’au brancard si on ne peut amener ce dernier à la vic7me.

Elle est lavable, stockable sous faible volume, mais ne cons7tue pas un plan dur, rigide.

* Le brancard *Piguilem.*

Ce brancard est formé par un cadre tubulaire métallique, monté sur pa7ns.

Sur le devant, est ﬁxée une plaque en ma7ère plas7que assurant la protec7on de la toile et de la vic7me et facilitant le glissement. Léger, il est adapté au treuillage ou au glissage, sur neige par exemple.

A été également mis au point un brancard claie de portage *Pigui 3*, dérivé du premier, mais formé de deux éléments tubulaires facilitant le portage.

* La barqueFe.

La barqueFe est un disposi7f rigide de transport de vic7me, muni de bords sur ses quatre côtés et de sangles d’immobilisa7on.

Elle présente quatre anneaux de ﬁxa7on pour les élingues de treuillage ou d’hélitreuillage.

Certains modèles sont cons7tués de deux par7es détachables, pour faciliter leur portage à vide.

* Les civières pour hélicoptères.

Pour le transport en hélicoptère moyen ou léger, il est nécessaire de transférer la vic7me sur la civière de l'appareil (d'où l'intérêt du portoir). Seuls les hélicoptères lourds acceptent les brancards normalisés.

* La gouÄère *Bellisle* (ou *portoir corset*).

La gouÄère *Bellisle* est couramment u7lisée sur les bâ7ments de la Marine na7onale. Il s’agit d’un disposi7f d’immobilisa7on et de transport de vic7me qui facilite l’évacua7on en passant par des passages étroits (ascenseur, escalier, trou d’homme).

1. Le plan-dur ainsi que le matelas immobilisateur à dépression, sont deux dispositifs de portage couramment utilisés. Ils ne sont pas développés dans la présente partie mais font l’objet d’une présentation détaillée sur les fiches techniques *ad-hoc*

Elle est composée d’une enveloppe souple en toile lavable rigidiﬁée dans le sens de la longueur par des lamelles placées entre deux épaisseurs de toile. Elle dispose d’un disposi7f de conten7on de la vic7me dans toutes les posi7ons, et possède un système de portage par poignées et hampes amovibles et un

système permeFant le hissage en posi7on ver7cale ou horizontale (sangles longitu-­‐ dinales).

Une fois la vic7me déposée sur la gouÄère, ceFe dernière s’enroule autour de la vic7me assurant ainsi sa protec7on contre les chocs tout en la gardant sur un plan dur.

## Situations particulières

VERSION MISE À JOUR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AC | 10 | S | 01 | Situa7ons à nombreuses vic7mes | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | AC 10 S 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Situation à nombreuses victimes

#### Définition

La situa7on à nombreuses vic7mes se déﬁnit comme une situa7on accidentelle d’ampleur ayant fait de nombreuses vic7mes ou ayant un poten7el évolu7f pouvant entraîner de nombreuses vic7mes.

Une telle situa7on est un évènement par7culier qui nécessite une méthode de travail diﬀérentes des autres interven7ons.

L’accident catastrophique à eﬀet limité est une situa7on a nombreuses vic7mes qui se caractérise par :

* + un accident ou une situa7on unique entraînant un aﬄux brutal mais rela7vement limité de vic7mes (entre 10 et 100), plus ou moins gravement aFeintes, au plan physique ou psychique auquel les secours ne peuvent pas immédiatement faire face du fait d’une inadéqua7on temporaire entre les besoins et les moyens rapidement disponibles ou l’inhibi7on de ces moyens par l’accident ;
  + une situa7on évolu7ve, tel une incendie par exemple, suscep7ble d’entraîner un nombre poten7ellement élevé de vic7mes (moins de la centaine) et qui nécessite rapidement l’envoi de moyens en nombre.

#### Causes

Les situa7ons à mul7ples vic7mes trouvent leurs origines dans diﬀérents types de sinistres :

* + accidents de traﬁc : rou7er, ferroviaire, aérien, mari7me ou ﬂuvial ;
  + incendies : feux d'habita7ons collec7ves, d’établissements de soins (hôpitaux, maisons de retraites…), d’établissements recevant du public (salle de spectacles…), de tunnel, etc.
  + eﬀondrements de structures (explosion, glissement de terrain, avalanche, vétusté) ;
  + accidents sociaux : manifesta7ons avec de grands mouvements de foules (émeutes, paniques…), agressions collec7ves…
  + actes de terrorisme : explosions, armes chimiques…
  + catastrophes naturelles limitées : avalanches, glissements de terrain, tremblements de terre, inonda7ons, raz-­‐de-­‐marée, tornades…
* catastrophes technologiques : fuites de produits, explosion d’installa7ons de ma7ères dangereuses, rupture de barrage…
* accidents infec7eux : intoxica7ons collec7ves, épidémie, bioterrorisme…

#### Caractéristiques

Les principales conséquences caractérisant un accident entraînant de nombreuses vic7mes peuvent être :

* la présence de nombreuses vic7mes réelles ou poten7elles ;
* des débats matériels importants ;
* une inadéqua7on, ini7ale et temporaire, entre les moyens immédiatement disponibles et les besoins.

##### Présence de nombreuses victimes

Les blessés sont suﬃsamment nombreux pour que la situa7on soit inhabituelle. Leur nombre est souvent diﬃcilement appréciable au début car les blessés valides ont toujours tendance à fuir les lieux avant l’arrivée des secours.

Les lésions rencontrées chez les vic7mes sont uniques ou mul7ples, visibles ou non, et leurs conséquences peuvent être immédiates ou retardées. Des lésions internes, dues à une explosion, une compression prolongée d’un membre ou à une exposi7on à des toxiques (chimiques, radiologiques, fumées d’incen-­‐ die…) peuvent entrainer des détresses vitales après un temps de latence.

L’accès aux vic7mes est un élément important de ce type d’interven7on. Certaines peuvent être accessibles immédiatement, car retrouvées en surface ou, au contraire, diﬃcilement repérables, car recouvertes (poussières…). D’autres, emprisonnées sous d’impor-­‐ tantes structures ou enfouies en profondeur, sous les gravats, nécessiteront la mise en oeuvre de moyens spécialisés de dégagement. Le pié7nement des structures et le bruit sont autant d’éléments qui peuvent rendre plus diﬃciles leur localisa7on.

Les blessés ne sont pas les seules vic7mes à prendre en charge. Un grand nombre de personnes, non blessées, sont tout de même considérées comme vic7mes de la catastrophe car elles auront un proche perdu de vue, tué ou blessé, ou bien parce qu’elles auront assisté à

des scènes diﬃcilement supportables, perdu un bien matériel important (habita7on détruite…). Vic7mes d’un trauma7sme psychique, ces personnes présentent des manifesta7ons caractéris7ques que les secours reconnaîtront et dont la prise en charge est nécessaire.

Leur regroupement au sein d’une zone dédiée aux impliqués est primordiale pour assurer leur prise en charge. Au côté du personnel spécialisé des cellules d’urgence médico-­‐psychologique (CUMP), le secouriste peut apporter une aide et une écoute réconfortante à ces vic7mes et faciliter ainsi l’expression des émo7ons ressen7es.

L’importance de ces dégâts aura un impact direct sur le sauvetage des vic7mes, leur dégagement et la nature des gestes de secours à réaliser.

##### Inadéquation des moyens

Aﬁn de limiter au maximum les eﬀets du sinistre, il faut adopter une méthode spéciﬁque de prise en charge des vic7mes, d’une part, et organiser les secours en se fondant sur une organisa7on qui intègre et coordonne les maillons de la chaine de secours. CeFe organisa7on s’appui sur la planiﬁca7on ORSEC1.

Un certain nombre de vic7mes seront aussi découvertes

en arrêt cardiaque ou mortes. Les corps peuvent être intacts ou fortement mu7lés.

##### Dégâts matériels importants

Les dégâts engendrés par un accident de ce type sont souvent importants et étendus. Ils dépendent de la cause du sinistre.

Ils touchent habituellement les véhicules, les habita7ons, les construc7ons ou bâ7ments à usage administra7f ou privé et, parfois, des établissements sanitaires ou industriels.

Ces dégâts peuvent engendrer des risques persistants, notamment pour les intervenants (feux, fumées, fuite de produits toxiques, éboulements…), et rendre l’accès, au site de la catastrophe comme aux vic7mes, diﬃcile et laborieux.

#### Principe d’action des secours

L’ac7on de secours doit permeFre de :

* procéder à une reconnaissance rapide du site ;
* d'assurer la sécurité ;
* de transmeFre sans délais les informa7ons recueillies et de demander des moyens de renforcement ;
* procéder au repérage des nombreuses victimes ;
* réaliser les gestes de secours les plus urgents.

1 L’organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC) est définie par le décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 modifié relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure.

# Fiches techniques

## Gestes d’examen

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERSION MISE À JOUR** | | | | | | |
| FT | 01 | G | 01 | Gestes complémentaires d’examen | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 01 | I | 01 | Interrogatoire de la vic7me | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 01 | M | 03 | Mesure de la satura7on pulsa7le en oxygène | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 01 | M | 02 | Mesure de la pression artérielle | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 01 | M | 04 | Mesure de la température | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 01 | R | 01 | Recherche d’une détresse vitale | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 01 | R | 02 | Repérage en cas de nombreuses vic7mes | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 G 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Gestes complémentaires d’examen

#### Indication

Après avoir réalisé un bilan d’urgence vitale, le secouriste examine la vic7me à la recherche de signes secondaires, au cours du bilan complémentaire après l’interrogatoire de la vic7me.

#### Justification

L’examen complémentaire repose sur la recherche des signes secondaires qui permeFent de préciser la gravité d’un malaise ou d’une maladie et d’iden7ﬁer les lésions présentées par une vic7me trauma7sée et leurs éventuelles complica7ons.

#### Matériel

L’examen d’une vic7me au cours du bilan complé-­‐ mentaire ne nécessite pas obligatoirement d’appareil d’examen ou de mesure.

Il peut toutefois être complété par une prise de température à l’aide d’un thermomètre.

#### Réalisation

##### Chez une personne victime de malaise ou malade

Chez un malade ou une personne vic7me d’un malaise, certaines manifesta7ons traduisent une aFeinte du cerveau et doivent être recherchées systéma7quement car elles ne s’accompagnent pas de douleur ni de sensa7ons par7culières. Ce sont :

* l’asymétrie de l’expression faciale.

Elle est recherchée en demandant à la vic7me de sourire ou de montrer les dents.

La réac7on est normale si les deux côtés du visage bougent symétriquement.

Elle est anormale si un des côtés du visage ne suit pas l’autre dans ses mouvements.

* la faiblesse musculaire d’un membre supérieur. Elle est recherchée en demandant à la vic7me (assise ou allongée) de fermer les yeux et

d’étendre les bras devant elle pendant dix secondes.

La réac7on est normale si les deux bras bougent et s’élèvent symétriquement.

Elle est anormale si un des deux bras ne bouge pas ou ne s’élève pas autant que l’autre ou chute progressivement.

* l’anomalie de la parole.

Elle est recherchée en demandant à la vic7me de répéter une phrase simple.

La réac7on est normale si la vic7me répète les mêmes mots à un rythme normal.

Elle est anormale si la parole est empâtée, la vic7me ne répète pas les mêmes mots ou est incapable de parler.

* la mesure de la température.

Elle est recherchée lorsque, lors du bilan d’urgence vitale, une anomalie de la température de la vic7me (anormalement chaude ou froide) est suspectée. Elle est réalisée au moyen d’un thermomètre.

##### Chez une personne victime d’un traumatisme

L’examen complémentaire d’une vic7me d’un trauma7sme a pour objec7f de rechercher et de localiser des lésions trauma7ques comme :

* des contusions ;
* des gonﬂements (hématomes, œdèmes) ;
* des déforma7ons ;
* des plaies et leurs aspects : écorchure, coupure, plaie punc7forme, lacéra7on ;
* des brûlures et leurs aspects : rougeur, présence de cloques intactes ou percées, zone blanchâtre, noirâtre ou brunâtre.

Pour chaque lésion, il doit être indiqué sa nature, sa localisa7on exacte et son étendue.

Les lésions sont à rechercher à l’endroit où se plaint la vic7me lorsque le trauma7sme est mineur ou manifestement localisé (faux mouvement, chute de faible hauteur).

CeFe recherche est étendue sur la totalité du corps de la vic7me lorsque le trauma7sme a été violent ou si la vic7me présente un trouble de la conscience, en

regardant et en palpant si nécessaire. Pour cela, il convient d’examiner successivement :

* + la tête.

A cet eﬀet observer, passer les mains dans les cheveux à la recherche d’un saignement, repérer un écoulement par le nez ou les oreilles, examiner les pupilles, l’aspect de la face (hématome autour des yeux). Rechercher aussi une déforma7on de la mâchoire avec diﬃculté à parler.

* + le cou.

Lors de la mise en place du collier cervical, observer et passer les mains sous la nuque sans déplacer ni surélever la tête.

* + le thorax.

Rechercher une contusion, une plaie et une anomalie du soulèvement de la poitrine à la respira7on (seule une par7e du thorax se soulève).

* + l’abdomen.

Il faut alors rechercher une contusion ou une plaie de l’abdomen (parfois accompagnée d’une sor7e de l’intes7n). Apprécier le soulèvement de l’abdomen à chaque inspira7on. Appuyer délicatement sur la paroi de l’abdomen à la recherche d’une douleur provoquée.

* + le dos.

Pour cela glisser les mains sous la vic7me sans la mobiliser et sans la déplacer à la recherche d’un saignement. Ne pas chercher à palper la colonne vertébrale. Le secouriste peut proﬁter d’une manœuvre de relevage ou du déplacement de la vic7me pour faire ceFe recherche.

* + le bassin.

L’examen du bassin est réalisé comme pour le dos de la vic7me par le secouriste en évitant toute mobilisa7on et en appuyant délica-­‐ tement sur la par7e antérieure du bassin à la recherche d’une douleur provoquée.

Noter la présence de tâches de sang sur les sous-­‐vêtements qui peut faire suspecter un trauma7sme des organes génitaux ou urinaire.

* les membres supérieurs et inférieurs.

Il faut réaliser un examen systéma7que de chaque membre pour iden7ﬁer les lésions. Re7rer les chaussures et les chausseFes si possible.

Si un membre est trauma7sé (douleur, gonﬂement, déforma7on) :

* + rechercher l’état de sa circula7on à son extrémité en appréciant la couleur et la température de la peau, le temps de recolora7on cutanée et pour le membre supérieur le pouls radial ;
  + demander à la vic7me si elle peut bouger les doigts (trauma7sme du membre supérieur) ou les orteils (trauma7sme du membre inférieur) pour iden7ﬁer un trouble de la motricité ;
  + toucher délicatement et à plusieurs endroits le membre trauma7sé et demander à la vic7me si elle sent quand on la touche pour iden7ﬁer un trouble de la sensibilité.

Si la vic7me a perdu connaissance : soulever ou écarter les vêtements pour palper chaque membre, de sa racine à son extrémité, sans le mobiliser, en l’empaumant latéralement et en appuyant délicatement à deux mains. CeFe technique permet de localiser certaines déforma7ons.

#### Risques

Les gestes d’examen du bilan complémentaire doivent, dans la mesure du possible, limiter tout mouvement et ne jamais aggraver l’état de la vic7me.

En présence d’une vic7me suspecte d’un trauma7sme du rachis, un secouriste doit maintenir la tête de la vic7me, pendant qu’un autre poursuit l’examen, jusqu’à ce qu‘un collier cervical soit placé.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 I 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Interrogatoire de la victime

#### Indication

Après avoir réalisé un bilan d’urgence vitale, le secouriste, au cours du bilan complémentaire, interroge la vic7me ou son entourage.

#### Justification

L’interrogatoire permet de préciser la gravité d’un malaise ou d’une maladie et d’iden7ﬁer les plaintes conséquentes aux lésions présentées par une vic7me trauma7sée ainsi que leurs éventuelles complica7ons.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### Analyse des plaintes

Pour chaque plainte exprimée et par7culièrement pour la douleur, demander à la vic7me de préciser :

* les circonstances de survenue ou le facteur déclenchant.

Il s’agit de déterminer les circonstances dans lesquelles apparaît ou est apparu le trouble ressen7. La connaissance du facteur déclen-­‐ chant peut aider à déterminer la cause et la

* la durée, c’est-­‐à-­‐dire le moment où a com-­‐ mencé la douleur et le temps pendant lequel elle a été ressen7e.

##### Evaluation de la douleur

Pour faire quan7ﬁer la douleur, on u7lise une échelle d’évalua7on comme l’échelle verbale simple.

Celle-­‐ci consiste en une échelle virtuelle cotée de 0 à 4 et pour laquelle correspond à chaque valeur une réponse verbale apportée par la vic7me.

|  |  |
| --- | --- |
| Echelle verbale simple | |
| Réponse verbale | Cotation |
| Douleur nulle | 0 |
| Douleur faible | 1 |
| Douleur moyenne | 2 |
| Douleur forte | 3 |
| Douleur insupportable | 4 |

##### Recherche des antécédents et traitements médicaux en cours

Il convient de faire préciser si la vic7me :

* présente une maladie connue ou si elle a déjà présenté des malaises ;

gravité du malaise.

* + les caractéris7ques du trouble ressen7.

Il s’agit de la descrip7on, souvent par compa-­‐ raison de ce que la vic7me ressent. Pour une douleur par exemple, il s’agit du ou des termes qui la décrive le mieux.

* + la localisa7on.

Il s’agit de la région du corps aFeinte, siège de la douleur, mais aussi des endroits où celle-­‐ci diﬀuse ou irradie.

* + l’intensité du trouble et son évolu7on (voir ci-­‐ après évalua7on de la douleur).
  + a été hospitalisée soit dans le cadre d’une maladie connue ou de ses malaises, soit récemment ;

Il importe de connaitre la durée de ceFe hospitalisa7on ainsi que ce qui a été dit à la vic7me sur son état de santé ;

* + prend un traitement médical ;

En par7culier, il importe de savoir si la vic7me a suivi son traitement et si elle a pris d’autres médicaments en sus de ceux prescrits par son médecin ;

* + présente une allergie connue et à quel produit.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 M 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Mesure de la pression artérielle

#### Indication

La pression artérielle est un indicateur de la fonc7on circulatoire. Sa mesure est réalisée chaque fois que possible, lors de la recherche d’une détresse vitale mais ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d’un geste de secours d’urgence.

Les valeurs relevées ne sont qu’indica7ves. La pression artérielle varie en fonc7on de paramètres mul7ples et seul un médecin peut interpréter les valeurs relevées.

#### Justification

L’éléva7on de la pression artérielle (hypertension) ou sa diminu7on (hypotension) peuvent se voir à la suite d’un trauma7sme ou d’une maladie.

La mesure de la pression artérielle consiste à relever deux valeurs qui représentent, en millimètres de mercure, la pression exercée par le sang dans les artères :

* + la valeur la plus élevée, appelée pression systolique, mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors de la contrac7on du cœur.
  + la valeur la plus basse, appelée pression diastolique, mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors du relâchement du cœur.

CeFe mesure apporte au médecin régulateur des indica7ons supplémentaires sur l’état de la vic7me.

#### Matériel

La mesure de la pression artérielle est possible grâce à un tensiomètre qui mesure la contre pression exercée au niveau du bras par un brassard pneuma7que. Il existe plusieurs types de tensiomètres u7lisables pour prendre la pression artérielle :

* + le tensiomètre manuel composé :
    - d’un manchon gonﬂable qui sera placé autour du bras de la vic7me (il existe, en fonc7on de la taille, des manchons adultes et enfants) ;
    - d’un tuyau relié à une poire qui permet de gonﬂer le manchon ;

CeFe poire est équipée d’une valve dont l’ouverture permet au manchon de se dégonﬂer progressivement.

* d’un manomètre qui mesure la contre-­‐ pression exercée sur le bras.
* le tensiomètre automa7que composé :
  + d’une centrale, alimentée par une baFerie, sur laquelle s’aﬃchent les chiﬀres de la pression artérielle et la fréquence cardia-­‐ que ;
  + d’un manchon gonﬂable qui sera placé autour du bras de la vic7me (iden7que au tensiomètre manuel) ;
  + de tuyaux qui relient le manchon à la centrale.

Ce tensiomètre automa7que doit faire par7e de la liste des appareils recommandés par les autorités sanitaires.

#### Réalisation

La mesure de la pression artérielle se fait idéalement sur une vic7me en posi7on assise ou demi-­‐assise, avec pose du brassard au niveau du bras.

La mesure peut également être réalisée en posi7on allongée.

Dans tous les cas, le brassard doit être au niveau du cœur.

##### Mesure automatique

La mesure de la pression artérielle à l’aide d’un appareil automa7que et électronique demande uniquement la mise en place du manchon à pression autour du bras, en disposant le repère artériel juste au-­‐dessus du passage de l’artère (au niveau de la face interne du pli du coude).

La mesure se fait automa7quement en respectant le mode d’emploi de l’appareil.

La mesure de la pression artérielle s’aﬃche sur le cadran de même que la fréquence cardiaque.

##### Mesure par auscultation

CeFe méthode, préférable chez les vic7mes de malaises ou à la demande de la régula7on médicale, nécessite un tensiomètre manuel et un stéthoscope.

* placer le manchon du tensiomètre autour du bras de la vic7me (accessible et non trauma7sé) ;

Le bord inférieur du brassard doit être placé à deux cen7mètres au moins au-­‐dessus du pli du coude (en face interne du pli du coude).

Si le manomètre est ﬁxé au manchon, il doit être visible.

* placer les embouts du stéthoscope dans les oreilles en veillant à ce qu’ils pointent vers l’avant ;
* localiser le pouls de l’artère qui passe au niveau de la par7e interne du pli du coude avec les doigts ;
* placer le pavillon du stéthoscope sur le trajet de l’artère, juste au-­‐dessus du pouls. Le maintenir avec l’index et le majeur d’une main ;

Le pavillon du stéthoscope se trouve un cen7mètre au-­‐dessous du bord inférieur du brassard.

* gonﬂer doucement le brassard en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus entendre le bruit du pouls ;
* con7nuer à gonﬂer de 30 mm de Hg en plus, après dispari7on du bruit du pouls ;
* dégonﬂer doucement le brassard en appuyant (ou tournant) sur la valve de dégonﬂage ;

L’aiguille du manomètre doit descendre doucement sur le cadran (de 2 à 3 mm de Hg/s).

* noter la valeur indiquée sur le cadran dès que le bruit du pouls est à nouveau audible ;

CeFe valeur correspond à la pression systolique.

* con7nuer à dégonﬂer le brassard et noter à nouveau la valeur lorsque le bruit du pouls disparaît.

CeFe valeur correspond à la pression diastolique.

##### Mesure par palpation

CeFe méthode est à u7liser en cas de trauma7smes ou dans une ambiance bruyante. Elle ne permet de mesurer que la pression systolique.

* placer le manchon du tensiomètre autour du bras de la vic7me (accessible et non trauma7sé) ;

Le bord inférieur du brassard doit être placé à deux cen7mètres au moins au-­‐dessus du pli du coude (en face interne du pli du coude).

Si le manomètre est ﬁxé au manchon, il doit être visible.

* maintenir la poire de gonﬂage d’une main et fermer la valve ;
* localiser le pouls radial de la vic7me avec les doigts de l’autre main ;
* gonﬂer doucement le brassard en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus percevoir le pouls radial ;
* con7nuer à gonﬂer de 30 mm de Hg en plus après dispari7on du pouls radial ;
* dégonﬂer doucement le brassard en appuyant (ou tournant) sur la valve de dégonﬂage ;

L’aiguille du manomètre doit descendre doucement sur le cadran (2 à 3 mm de Hg/s).

* noter la valeur indiquée sur le cadran dès que le pouls radial est à nouveau percep7ble ;

CeFe valeur correspond à la pression systolique.

* dégonﬂer totalement le brassard.

#### Risques & contraintes

La mesure de la pression artérielle ne présente aucun risque pour la vic7me.

Si le manchon du tensiomètre est laissé en place pour une nouvelle mesure lors de la surveillance, il convient de s’assurer que ce dernier est bien dégonﬂé, pas trop serré et ne gêne pas la vic7me.

Il est parfois très diﬃcile de mesurer la pression artérielle, surtout lorsqu’il existe une détresse circulatoire.

Le brassard doit être placé au niveau du cœur. Une posi7on au-­‐dessus du niveau du cœur risque d’indiquer des valeurs sous-­‐es7mées, et inversement lorsqu’il est placé en dessous du cœur.

#### Evaluation

La mise en place correcte de l’appareil et la mesure régulière de la pression artérielle par un secouriste sont les garants de l’eﬃcacité de la technique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 M 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Mesure de la saturation pulsatile en oxygène

#### Indication

L’oxymètre de pouls est un appareil électronique qui mesure la quan7té d'oxygène (O2) transportée par les globules rouges au niveau de la circula7on capillaire.

L’oxymètre de pouls permet de détecter très rapidement un manque d'oxygène dans l'organisme. Cependant, il ne dispense pas de la réalisa7on du bilan de la fonc7on respiratoire de la vic7me, ni de sa surveillance. La mesure de la satura7on pulsa7le en oxygène (SpO2) ne doit, en aucun cas, retarder des gestes d'urgence évidents. Elle est u7le en par7culier en cas de :

* + détresse vitale (sauf arrêt cardio-­‐respiratoire) ;
  + gêne respiratoire ou de plainte respiratoire ;

#### Réalisation

* placer le capteur sur une peau ou un ongle non verni, propre ;
* meFre l'appareil en marche et respecter les recommanda7ons du fabricant ;
* relever le résultat sur l’écran de l’appareil. En règle générale, deux valeurs s’aﬃchent :
  + la fréquence du pouls ;
  + la satura7on pulsa7le en oxygène.

La SpO2 est le reﬂet, exprimé en pourcentage, de la quan7té d'oxygène transportée par le sang. Elle se situe normalement entre 94 et 100 %.

* malaise ou aggrava7on d'une maladie ;
* trauma7sme grave ou violent, ou en cas de trauma7sme thoracique.

L’oxymètre de pouls permet au médecin de décider ou d’arrêter l’administra7on d’oxygène en fonc7on des valeurs indiquées.

#### Justification

Le résultat de la mesure de la SpO2 reﬂète l'eﬃcacité du transport de l'oxygène de l’air respiré jusqu’aux capillaires, lieu d’échange avec les cellules.

#### Risques & contraintes

Chez une vic 7 me agitée, qui présente des tremblements, un refroidissement des extrémités, une détresse circulatoire ou certaines maladies vasculaires, la mesure de la SpO2 n'est pas ﬁable ou impossible car le capteur ne peut pas détecter les pulsa7ons cardiaques.

Les intoxica7ons aux fumées et les intoxica7ons au monoxyde de carbone (CO) faussent la mesure et donnent à tort des valeurs rassurantes.

La présence de vernis à ongle ne permet pas une bonne mesure au niveau de l’extrémité du doigt.

#### Matériel

L’oxymètre de pouls comprend :

* une unité de mesure dotée, en règle générale, d’un écran de lecture et alimentée par des baFeries à usage unique ;
* un capteur que l’on pose sur une par7e du corps (doigt, lobe de l'oreille, front ou nez).

Il existe des capteurs adaptés en fonc7on de l’âge de la vic7me (adulte, enfant, nourrisson, nouveau-­‐né).

#### Evaluation

A la ﬁn de la mesure, la SpO2 s’aﬃche correctement, sans message d’erreur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 M 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Mesure de la température

#### Indication

La mesure de la température est réalisée lorsque la vic7me semble anormalement chaude ou froide, après avoir évalué l’aspect de la peau et des muqueuses lors du bilan complémentaire.

#### Justification

La mesure de la température d’une vic7me permet de conﬁrmer l’augmenta7on (ﬁèvre) ou la diminu7on (hypothermie) de la température.

#### Matériel

Il existe plusieurs types de thermomètres u7lisables pour mesurer la température :

* le thermomètre tympanique (ou auriculaire).

Il permet de réaliser la mesure à par7r de la chaleur infrarouge émise par la membrane du tympan. Il se compose habituellement :

* + de couvre-­‐sondes à usage unique ;
  + d’un écran qui aﬃche la température ainsi que les instruc7ons d’u7lisa7on ;
  + d’un bouton qui ac7ve la mesure de la température ;
  + d’un logement pour les baFeries à usage unique.
* le thermomètre électronique.

Il permet, selon les modèles, une mesure rectale, buccale ou axillaire (sous le bras).

Le résultat de la température apparaît au bout de trois minutes environ de prise et se lit en inclinant de proﬁl le thermomètre.

* l’indicateur frontal.

Il qui se présente comme une *barreWe plas(que* à poser sur le front de la vic7me.

Son u7lisa7on doit être limitée car il ne donne qu’une indica7on de température mais pas de valeur précise.

#### Réalisation

Seule est décrite la prise de température à l’aide d’un thermomètre auriculaire.

* placer un couvre-­‐sonde à usage unique sur l’extrémité de la sonde ;
* saisir le pavillon de l’oreille et exercer une légère trac7on vers le haut et vers l’arrière ;
* posi7onner l’ensemble sonde et couvre-­‐sonde à l’entrée du conduit audi7f externe de la vic7me ;
* pousser doucement l’ensemble dans le conduit audi7f ;
* appuyer sur le bouton de mesure de la température ;
* re7rer le thermomètre du conduit audi7f après l’émission du signal annonçant la ﬁn de la prise de température ;
* noter la température aﬃchée sur l’écran ;
* éjecter le couvre sonde dans le conteneur de déchets d’ac7vités de soin.

Un signal sonore annonce le résultat après

environ soixante secondes de prise.

En fonc7on de la localisa7on de la mesure, il faut ajouter au résultat aﬃché entre un demi et un degré pour obtenir la température correcte (Cf. no7ce fabricant).

* + le thermomètre médical.

Ressemblant à l'ancien thermomètre au mercure, son contenu a été remplacé par du carbone.

Il permet une prise de mesure rectale ou axillaire.

#### Risques & contraintes

Pour limiter tout risque trauma7que en u7lisant un thermomètre auriculaire, il convient de prévenir tout mouvement excessif de la tête lors de la mesure.

Le thermomètre auriculaire ne doit pas être u7lisé chez :

* + - un nourrisson de moins de 3 mois, car le diamètre de son conduit audi7f est inférieur à celui de la sonde du thermomètre ;
  + une vic7me d’un trauma7sme auriculaire bilatéral, lors d’un accident avec explosion, par exemple.

Lors de varia7on brusque de température ambiante (passage de l’ambulance à l’environnement extérieur froid), le thermomètre auriculaire peut donner des chiﬀres erronés.

#### Evaluation

A la ﬁn de la mesure, la température s’aﬃche correc-­‐ tement.

|  |  |
| --- | --- |
| Technique de mesure recommandée | |
| de la naissance à 2 ans | 1. - Rectale (indiquée) 2. - Axillaire (dépistage des enfants peu vulnérables) |
| de 2 à 5 ans | 1. - Rectale (indiquée) 2. - Axillaire ou tympanique (dépistage) |
| au-delà de 5 ans | 1. - Buccale (définitive) 2. - Axillaire, tympanique (dépistage) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Recherche d’une détresse vitale

#### Indication

L’examen des fonc7ons vitales de l’organisme est systéma7que au cours du bilan d’urgence vitale. Il doit être poursuivi tout au long de la prise en charge de la vic7me par7culièrement lors de sa surveillance.

#### Justification

Cet examen permet de déceler immédiatement une altéra7on d’une ou de plusieurs fonc7ons qui menace à très court terme la vie de la vic7me.

Il permet aussi d’informer le médecin et de lui fournir les éléments essen7els et indispensables pour évaluer l’état de gravité de la vic7me.

#### Matériel

L’examen des fonc7ons vitales ne nécessite pas obligatoirement d’appareil d’examen ou de mesure. Il peut toutefois être amélioré par un appareil de mesure de :

* + la pression artérielle (tensiomètre) ;
  + la satura7on pulsa7le en oxygène (oxymètre de pouls).

#### Réalisation

##### Examen de la fonction neurologique

L’examen de la fonc7on neurologique débute toujours par l’évalua7on de l’état de conscience. Il permet de déterminer si la vic7me a perdu connaissance ou non ; si elle présente une altéra7on plus ou moins importante de la conscience et une désorienta7on. Pour cela, il faut :

* + Rechercher une perte de connaissance

La recherche d’une perte de connaissance se réalise au cours de l’examen ini7al, en quelques secondes et quelle que soit la posi7on de la vic7me.

Poser une ques7on simple « Comment ça va ? Vous m’entendez ? ».

En l’absence de trauma7sme, secouer doucement les deux épaules de la vic7me ou sinon lui prendre la main en lui demandant :

« Ouvrez les yeux, serrez-­‐moi la main.»

Si la vic7me ne répond pas ou ne réagit pas, elle a perdu connaissance. Dans le cas contraire, elle est consciente.

Cet examen peut être renouvelé autant que nécessaire si le secouriste pense que l’état de conscience de la vic7me se modiﬁe, par7culièrement lors de la surveillance.

* Evaluer l’orienta7on de la vic7me

L’évalua7on de l’orienta7on de la vic7me permet de détecter une détresse neuro-­‐ logique.

Elle est réalisée systéma7quement chez toute vic7me consciente au cours du bilan d’urgence vitale. Elle peut aussi être renouvelée au cours de la surveillance.

Demander à la vic7me par exemple :

* + « Comment vous appelez-­‐vous ? »
  + « En quelle année sommes-­‐nous ? »
  + « Où sommes-­‐nous ? »
  + « Que s’est-­‐il passé ? »

Si la vic7me répond correctement aux ques7ons, on dit qu’elle est orientée, dans le cas contraire, elle est désorientée.

* Rechercher une perte de connaissance passagère

Pour rechercher une perte de connaissance passagère, il convient de demander à la vic7me si elle se souvient de ce qui s’est passé.

Une vic7me qui ne se souvient pas de l’accident ou du malaise (amnésie de l’événement) a souvent présenté une perte de connaissance.

L’interrogatoire de l’entourage permet aussi de savoir s’il y a eu perte connaissance.

L’examen de la fonc7on neurologique permet aussi :

* d’évaluer la motricité

La motricité des membres supérieurs et des membres inférieurs d’une vic7me doit être

évaluée pour rechercher une détresse neuro-­‐ logique.

CeFe évalua7on est réalisée systéma7quement au cours du bilan d’urgence vitale chez une vic7me consciente ainsi qu’après immobi-­‐ lisa7on de toute vic7me suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale.

CeFe évalua7on s’eﬀectue en demandant à la vic7me de :

* + remuer les doigts puis les orteils ou les pieds ;
  + serrer les mains.

Une vic7me qui ne peut bouger un ou plusieurs membres présente une paralysie.

* d’examiner l’état des pupilles

L’examen des pupilles permet de détecter des signes d’une détresse neurologique qui peut être liée à un trauma7sme crânien, une maladie vasculaire cérébrale ou une intoxica7on.

Le secouriste doit examiner les pupilles de la vic7me systéma7quement lors du bilan d’urgence vitale. Il peut le faire même si la vic7me a perdu connaissance.

Demander à la vic7me d’ouvrir les deux yeux ou ouvrir les yeux de la vic7me pour les meFre à la lumière « du jour ».

Normalement, les pupilles sont de diamètre iden7que. La constata7on de pupilles de diamètres diﬀérents amène à considérer la vic7me en détresse neurologique.

##### Examen de la fonction respiratoire

* Rechercher l’absence de respira7on

La recherche de l’absence de respira7on est réalisée au cours de l’examen ini7al d’une vic7me ayant perdu connaissance après avoir assuré la LVA. Elle est aussi réalisée dès lors qu’une vic7me perd connaissance.

Pour réaliser ceFe recherche, il convient de :

* + se pencher sur la vic7me, l’oreille et la joue du secouriste au-­‐dessus de sa bouche et de son nez, tout en gardant le menton de la vic7me élevé.
  + rechercher, durant dix secondes au plus :
    - avec la joue : le ﬂux d’air expiré par le nez et la bouche ;
    - avec l’oreille : les bruits normaux (souffle) ou anormaux de la respiration

(sifflement, ronflement, gargouil-­‐ lement) ;

* + avec les yeux : le soulèvement du ventre ou de la poitrine.

Si aucun souﬄe n’est perçu ou aucun bruit n’est entendu et que ni le ventre, ni la poitrine ne se soulèvent durant ceFe recherche : la vic7me ne respire pas. Elle est en arrêt cardiaque. Dans le cas contraire, la vic7me respire.

Néanmoins, dans les premières minutes suivant un arrêt cardiaque, la vic7me peut présenter des mouvements respiratoires ineﬃcaces, lents, bruyants et anarchiques, appelés « gasps ». Ces mouvements ne doivent pas retarder la mise en œuvre de la RCP. En cas de doute, il convient d’agir comme s’il s’agissait d’un arrêt cardiaque.

* Evaluer la respira7on

L’évalua7on de la respira7on permet de donner des éléments chiﬀrés et de rechercher une détresse respiratoire débutante. Elle est réalisée au cours du bilan d’urgence vitale, chez une vic7me ayant ou non perdu connaissance et lors de sa surveillance.

Réalisée sur une durée d’une minute, ceFe évalua7on permet :

* + d’observer la par7e supérieure de l’abdomen ainsi que le thorax de la vic7me.

Une respira7on normale se fait sans eﬀorts et sans diﬃcultés pour la vic7me.

* + de placer une main sur la par7e inférieure de son sternum pour es7mer :
    - la fréquence, c’est-­‐à-­‐dire le nombre de mouvements respiratoires compté sur une minute ;
    - l’amplitude, c’est-­‐à-­‐dire comment l’abdomen et le thorax se soulèvent à chaque respira7on ;
    - la régularité, c’est-­‐à-­‐dire l’absence de pause de plus de six secondes entre les mouvements respiratoires.
* Mesurer de la satura7on pulsa7le en oxygène (SpO2)

L’évalua7on de la respira7on peut être complétée en mesurant la SpO2 à l’aide d’un appareil de mesure (oxymètre de pouls).

La SpO2 normale est supérieure à 94%.

|  |  |
| --- | --- |
| Fréquence respiratoire normale | |
| Adulte | 12 à 20 mouvements par minute |
| Enfant | 20 à 30 mouvements par minute |
| Nourisson | 30 à 40 mouvements par minute |
| Nouveau-né | 40 à 60 mouvements par minute |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualité de la respiration | |
| Normale | Respiration silencieuse |
| Superficielle | Mouvement du thorax et de l’abdomen à peine perceptible (difficile à compter) |
| Difficile | Effort respiratoire  Contraction des muscles du haut du thorax et du cou  Pincement des ailes du nez chez l’enfant et le nourrisson |
| Bruyante | Sifflements, ronflements, gargouillements, râles |

##### Examen de la fonction circulatoire

La recherche d’un pouls n’est pas systéma7que pour caractériser l’arrêt cardiaque. Toutefois, si elle est eﬀectuée, elle ne doit pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours.

* + Rechercher le pouls caro7dien ou huméral

Si une recherche de pouls est pra7quée chez une vic7me ayant perdu connaissance et qui ne respire pas, elle doit être eﬀectuée en même temps que la recherche d’une respira7on (et en aucun cas plus de 10 secondes). En cas de doute sur la présence du pouls caro7dien ou huméral, la vic7me est considérée comme étant en arrêt cardiaque et la RCP est immédiatement débutée.

Le pouls caro7dien peut être recherché chez l’adulte ou l’enfant pour iden7ﬁer une détresse circulatoire (pouls caro7dien percep7ble alors que le pouls radial ne l’est pas) et pour compter la fréquence cardiaque si le pouls radial n’est pas percep7ble.

Il convient alors de se placer du côté de la caro7de qui va être palpée et de maintenir la tête de la vic7me avec l’autre main sur le front.

Chez l’adulte et l’enfant, le pouls doit être recherché sur la face latérale du cou en le palpant entre la pulpe de 2 ou 3 doigts médians de la main qui tenait le menton de la vic7me (index, majeur et annulaire) et le plan osseux profond cons7tué par la colonne cervicale :

* poser doucement l’extrémité des doigts sur la ligne médiane du cou ;
* ramener la main vers soi, la pulpe des doigts restant au contact de la peau du cou ;
* pousser la pulpe des doigts vers la profondeur pour percevoir les baFements de la caro7de.

Chez le nourrisson, la recherche du pouls se fait au niveau du bras. Elle est pra7quée par le secouriste au cours du bilan ou de la surveillance.

* poser la pulpe des doigts sur la par7e moyenne du bras, sur la face interne ;
* rechercher les baFements de l’artère.

|  |  |
| --- | --- |
| Fréquence cardiaque normale | |
| Adulte | 60 à 100 battements par minute |
| Enfant | 70 à 140 battements par minute |
| Nourisson | 100 à 160 battements par minute |
| Nouveau-né | 120 à 160 battements par minute |

* + Evaluer la circula7on

L’évalua7on de la circula7on permet de rechercher une altéra7on de la circula7on, c’est-­‐à-­‐dire l’existence d’une détresse circulatoire.

CeFe recherche est pra7quée par le secouriste chez une vic7me consciente ou ayant perdu connaissance lors du bilan d’urgence vitale. Elle doit être renouvelée lors de la surveillance de la vic7me.

L’évalua7on de la circula7on s’eﬀectue en prenant le pouls de la vic7me, sur une durée d’une minute. Il est recherché au niveau :

* + - du poignet, en plaçant l’index, le majeur et éventuellement l’annulaire sur le trajet de l’artère radiale située sur la face antérieure, dans le prolongement du pouce ;
    - du cou, en palpant l’artère caro7dienne proche du cœur (voir ci-­‐dessus) si le pouls au niveau du poignet est impercep7ble ;
    - du milieu du pli de l’aine en palpant l’artère fémorale avec deux ou trois doigts si l’on ne peut pas prendre le pouls caro7dien ;
    - de la face interne du bras chez le nourrisson (artère humérale).

La recherche du pouls permet de déterminer :

* + - la fréquence cardiaque, c’est-­‐à-­‐dire le nombre de baFements cardiaques par minute ;
    - la régularité du pouls et l’absence de pause ;
    - l’amplitude ou force du pouls, déterminée par la facilité à le percevoir.
  + Mesurer la pression artérielle

L’évalua7on de la circula7on peut être complétée en mesurant la pression artérielle de la vic7me à l’aide d’un tensiomètre si le secouriste a été formé à son u7lisa7on. La mesure de la pression artérielle renseigne le secouriste et le médecin sur l’état de la circula7on de la vic7me.

* + Mesurer le temps de recolora7on cutanée (TRC)

CeFe mesure renseigne sur l’état de la circula7on au niveau des 7ssus. Il traduit la capacité du système circulatoire à remplir les pe7ts vaisseaux de sang.

Elle est réalisée lors du bilan d’urgence vitale que la vic7me soit consciente ou non.

Le TRC est évalué au niveau d’un doigt, pour cela il faut :

* + - comprimer fortement l’extrémité d’un doigt entre le pouce et l’index, pendant deux à trois secondes ;

Le lit de l’ongle devient pâle.

* + - relâcher la pression et mesurer le temps de recolora7on.

Normalement le lit de l’ongle se recolore en moins de trois secondes.

CeFe évalua7on est impossible si la vic7me porte du « vernis à ongles ».

##### Examen de la peau et des muqueuses

L’examen de la peau et des muqueuses permet d’évaluer leur couleur, la température et l’humidité de la peau de la vic7me. Il renseigne le secouriste sur l’état de circula7on et d’oxygéna7on des 7ssus.

L’examen de la peau et des muqueuses doit être réalisé lors du bilan d’urgence vitale ou lors de l’aggrava7on de l’état de la vic7me.

La couleur de la peau est appréciée au niveau de la face de la vic7me ou des extrémités des membres.

La couleur des muqueuses est appréciée sur la face interne des paupières (conjonc7ve) ou des lèvres. Normalement, les muqueuses sont roses.

La colora7on bleutée de la peau et des muqueuses (cyanose) traduit, lorsqu’elle existe, une détresse respiratoire.

La température et l’humidité de la peau sont évaluées en plaçant respec7vement le dos et la paume de la main sur le front de la vic7me. CeFe peau peut être froide ou chaude ; sèche ou au contraire moite, voire couverte de sueurs.

Certaines maladies peuvent modiﬁer la couleur, la température et l’humidité de la peau. Habituellement, dans une détresse respiratoire, la vic7me est cyanosée, chaude et humide alors que dans la détresse circulatoire, elle est pâle, froide et sèche.

#### Risques

Les gestes d’examen d’urgence vitale doivent, dans la mesure du possible, limiter tout mouvement de la vic7me.

En présence d’une suspicion d’aFeinte du rachis, un secouriste doit maintenir la tête de la vic7me pendant que l’autre poursuit l’examen tant qu‘un collier cervical n’est pas mis en place.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 01 R 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Repérage en cas de nombreuses victimes

#### Indication

Le repérage des vic7mes est réalisé chaque fois que l'on se trouve en présence de plusieurs vic7mes et que le nombre de vic7mes apparemment graves est supérieur au nombre de secouristes présents.

#### Justification

Ce repérage permet, dans l’aFente de l’arrivée des moyens de renforcements, de :

* + localiser les vic7mes ;
  + déterminer les vic7mes dont l’état nécessite une ac7on de secours immédiate et rapide (pose d’un garrot, libéra7on des voies aériennes, mise en posi7on d’aFente…) ;
  + déterminer les vic7mes qui devront être examinées, prioritairement, par un médecin.

Repérage des victimes

#### Matériel

Un disposi7f de repérage qui peut être composé par des ﬁches d’iden7ﬁca7on, des bracelets… permeFant d’iden7ﬁer rapidement la vic7me et son état.

Ce disposi7f peut inclure un système de numérota7on aﬁn que l’iden7ﬁca7on de la vic7me soit unique tout au long de la chaine de prise en charge.

L’état de la vic7me est généralement repéré par un code couleur.

En l’absence d’un disposi7f de repérage, celui-­‐ci peut être remplacé par un marquage de la vic7me à l’aide d’un stylo.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Victime dont le décès ne fait aucun doute (tête séparée du tronc, victime déchiquetée ou démembrée, raideur cadavérique)  Victime qui a perdu connaissance et ne respire pas après la réalisation d’une libération des voies aériennes |
|  | Victime qui a perdu connaissance et qui respire (après une éventuelle LVA)  Victime consciente qui présente une détresse vitale évidente (FR > 30 min-1 ou FC > 120 min-1 chez l’adulte)  Victime qui présente une hémorragie |
|  | Victime consciente qui ne présente pas de détresse vitale et qui ne peut pas se déplacer. |
|  | Victime consciente qui ne présente pas de détresse vitale et qui peut se déplacer, seule ou avec de l’aide. |

#### Réalisation

Le repérage doit être rapide et repose sur des critères simples. L'intervenant doit :

* + aborder les vic7mes les unes après les autres, en commençant par la vic7me la plus proche de l’endroit où il se trouve ;
* réaliser un bilan d’urgence vitale succinct.

##### la victime est visiblement décédée

* ne pas déplacer la vic7me ;
* aFribuer une ﬁche d’iden7ﬁca7on ;
* iden7ﬁer la vic7me d’une couleur noire.

##### la victime a perdu connaissance

* + réaliser immédiatement une libéra7on des voies aériennes ;
  + contrôler la respira7on ;

Si la vic7me ne respire pas :

* + aFribuer une ﬁche d’iden7ﬁca7on ;
  + iden7ﬁer la vic7me d’une couleur noire.

Des manœuvres de réanima7on sont débutées à la demande du médecin, ou sur ordre du responsable de l’interven7on, si toutes les vic7mes ont été prises en charge.

Si la vic7me respire :

* + meFre la vic7me en PLS ;
  + aFribuer une ﬁche d’iden7ﬁca7on ;
  + iden7ﬁer la vic7me d’une couleur rouge.

Ce type de vic7me bénéﬁciera d’une prise en charge médicale, en priorité, le plus souvent sur le lieu où elle se situe.

##### la victime est consciente

* + rechercher les signes d’une détresse vitale ;

Si la vic7me présente une détresse vitale :

* + réaliser le geste de secours adapté (garrot, pansement compressif, posi7on d’aFente) ;

Les gestes de secours réalisés durant le repérage ne doivent pas immobiliser le secouriste en permanence auprès de la vic7me.

* + aFribuer une ﬁche d’iden7ﬁca7on ;
  + iden7ﬁer la vic7me d’une couleur rouge.

Ce type de vic7me bénéﬁciera d’une prise en charge médicale, en priorité, le plus souvent sur le lieu où elle se situe.

Si la vic7me ne présente pas de détresse vitale :

* vériﬁer que la vic7me soit valide ou en mesure de se déplacer avec une assistance.

Si la vic7me est invalide :

* + aFribuer une ﬁche d’iden7ﬁca7on à la vic7me ;
  + iden7ﬁer la vic7me d’une couleur jaune. Aucun geste de secours n’est à réaliser sur place. La vic7me sera prise en charge dès que

possible, après un éventuel déplacement au

poste médical avancé.

Dans le cas contraire :

* + aFribuer une ﬁche d’iden7ﬁca7on à la vic7me ;
  + iden7ﬁer la vic7me d’une couleur verte ;
  + lui demander de se diriger à l’écart du sinistre, vers une zone de regroupement sécurisée (le point de rassemblement des vic7mes).

Au PRV, les vic7mes seront surveillées et examinées par un médecin, lorsque les moyens de secours le permeFront.

#### Evaluation

Le repérage doit permeFre une catégorisa7on précoce de l’ensemble des vic7mes aﬁn de prioriser leur prise en charge en fonc7on des moyens disponibles.

## Gestes de protection et de sécurité

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERSION MISE À JOUR** | | | | | | |
| FT | 02 | D | 01 | Dégagements d’urgence | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 02 D 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Dégagements d’urgence

#### Indication

Le dégagement d’urgence d’une vic7me est réalisé pour :

* soustraire une vic7me à un danger réel, vital,

##### Traction par les vêtements

* Saisir la vic7me par ses vêtements ;
* 7rer la vic7me sur le sol, jusqu'à ce qu’elle soit en lieu sûr.

immédiat et non contrôlable ;

* + rendre possible les gestes d’urgence vitale sur une vic7me se trouvant dans un lieu ou dans une posi7on ne permeFant pas de les réaliser.

#### Justification

Le dégagement d’urgence est des7né à déplacer, de quelques mètres ou plus, en quelques secondes, la vic7me jusqu’à un lieu sûr pour permeFre de réaliser, en toute sécurité, l’examen, les gestes de secours

##### Traction sous les aisselles1

* Asseoir la vic7me en la saisissant par ses vêtements ;
* se placer derrière elle et saisir ses poignets opposés en passant les avant-­‐bras sous ses aisselle ;
* surélever la par7e supérieure de son corps, ses pieds restant en contact avec le sol ;
* tirer la vic7me à reculons, jusqu'à ce qu’elle soit en lieu sûr.

d’urgence et la surveillance de la vic7me.

##### Sortie d’un véhicule

Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

Préalablement à toute manœuvre :

* + caler le véhicules ou l'obstacle, ou vériﬁer le calage existant.

##### Traction par les chevilles

* + Saisir la vic7me par les chevilles ;
  + 7rer la vic7me sur le sol, jusqu'à ce qu’elle soit en lieu sûr.

##### Traction par les poignets

* + Saisir la vic7me par les poignets ;
  + 7rer la vic7me sur le sol, jusqu’à ce qu’elle soit en lieu sûr.
  + Détacher ou couper la ceinture de sécurité ;
  + dégager éventuellement les pieds de la vic7me des pédales du véhicule ;
  + passer la main sous son aisselle la plus proche et maintenir son menton ;
  + passer l’autre main sous l’autre aisselle et saisir sa ceinture ou son poignet opposé ;
  + 7rer la vic7me hors du véhicule en se redressant, tout en poursuivant le main7en de sa tête ;
  + allonger la vic7me sur le sol en zone sûre en accompagnant sa tête et sa nuque.

Un second secouriste peut aider à allonger la vic7me sur le sol.

##### Dégagement d’un enfant ou d’un nourrisson

* + Dégager le jeune enfant ou le nourrisson en le portant dans les bras.

1. Cette technique permet de déplacer la victime dans des escaliers ou sur un sol accidenté, tout en protégeant la tête de la victime.

##### Traction sur le sol par « équipier relais »2

Préalablement au dégagement de la vic7me :

* + caler le véhicule ou l’obstacle sera réalisé ou vériﬁer le calage existant.

Puis :

* + un 1er sauveteur doit :
    - s’allonger au sol ;
    - saisir la vic7me :
      * au niveau des chevilles, si l’abord se fait par les pieds ;
      * par les poignets, la ceinture ou les aisselles, si l’abord se fait par la tête.
  + un ou deux autres sauveteurs doivent :
    - saisir les chevilles du 1er sauveteur ;
    - 7rer de dessous l’obstacle la vic7me par l’intermédiaire du 1er sauveteur, lorsque ce dernier en donne l’ordre.

#### Risques & contraintes

Les techniques de dégagements d’urgence sont suscep7bles d’aggraver les lésions de la vic7me notamment de la colonne vertébrale mais permeFent de soustraire une vic7me à une mort quasi certaine.

#### Evaluation

La vic7me doit se trouver en quelques secondes hors de danger, en zone sûre.

1. Cette technique, exceptionnelle, permet de tirer une victime gisant sous un obstacle, accessible par la tête ou par les pieds. Avant toute manœuvre, le calage du véhicule ou de l’obstacle sera réalisé ou vérifié.

## Gestes d’hygiène et d’asepsie

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **VERSION** | **MISE À JOUR** |
| FT | 03 | E | 01 | Equipement en moyens de protec7on contre les agents infec7eux | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | F | 01 | Fric7on des mains | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | L | 01 | Lavage des mains | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | M | 01 | Mise en place de gants stériles | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | N | 01 | NeFoyage et désinfec7on d’un véhicule ou d’un local | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | N | 02 | NeFoyage et désinfec7on du matériel | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | R | 01 | Retrait des gants à usage unique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | U | 01 | U7lisa7on des détergents et désinfectants | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 03 | U | 02 | U7lisa7on des emballages à élimina7on de déchets | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 E 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Equipement en moyens de protection contre les agents infectieux

#### Indication

Comme il est impossible de dire si une personne, même apparemment saine, est porteuse ou non d’une maladie infec7euse, il est indispensable que l’intervenant se protège contre les agents infec7eux chaque fois qu’il prend en charge une vic7me.

Toutefois, pour ne pas alourdir les mesures, le choix des moyens de protec7on dépend :

* + des gestes de secours à entreprendre ;
  + des manifesta7ons présentées par la vic7me ;
  + des consignes données par l’autorité d’emploi.

#### Justification

* Les luneFes de protec7on

Elles permeFent de protéger l’intervenant d’une contamina7on par projec7on dans les yeux.

* Les masques imperméables avec protec7on oculaire

Portés par l’intervenant, ils permeFent de protéger sa bouche et ses yeux des projec7ons liquides (salive, sang et sécré7ons).

* Les charloFes ou les cagoules

Elles assurent la protec7on des cheveux de l’intervenant contre les projec7ons.

* Les sur-­‐blouses

Elles protègent l’intervenant contre les projec7ons sur ses vêtements.

Lors de la prise en charge d’une vic7me porteuse de

germes infec7eux, les moyens de protec7on ont pour objec7fs de limiter le risque de contamina7on :

* + par contact (peau de la vic7me, sang, matériel souillés) ;

#### Réalisation

L’équipement avec ces moyens de protec7on peut être complet ou par7el.

* + par voie aérienne (pos7llons, gouFes de

salive).

#### Matériel

* + Les gants à usage unique ou stériles

Ces gants permeFent d’assurer une protec7on des mains de l’intervenant contre le risque d’exposi7on au sang ou à un autre liquide biologique comme la salive, l’urine ou les selles.

Les gants à usage unique en PVC, nitrile, sans latex fournissent une protec7on tout à fait eﬃcace.

* + Les masques médicaux

Portés par la vic7me, ils protègent l’interve-­‐ nant contre l es projec 7 ons ( salive, éternuement).

* + Les masques de protec7on respiratoire

Ils permeFent de protéger l’intervenant d’une contamina7on aérienne.

##### Mise en place des moyens de protection

Préalablement à la mise en place des moyens de protec7on, il convient de :

* + se laver les mains ;

Puis revê7r, tout ou par7e des équipements suivants, dans l’ordre ﬁgurant ci-­‐dessous :

* + meFre en place la charloFe, ou la cagoule ; Lors de la mise en place de la charloFe ou de la cagoule, il convient de veiller à ce qu’elle

recouvre la totalité des cheveux.

* + meFre en place la sur-­‐blouse ;

La sur-­‐blouse doit être revêtue par l’avant.

L’ouverture étant située dans le dos, il convient de se faire assister pour ﬁxer les lanières à l’arrière à la base du cou ou dans le dos.

* + meFre en place le masque de protec7on ;

Le masque est placé avant la protec7on oculaire s’il n’en possède pas une lui-­‐même.

Il est maintenu par des élas7ques ou par des lanières qui sont passées l’une au dessus des oreilles, par dessus la charloFe et l’autre en dessous.

Après avoir mis en place le masque, il faut resserrer avec deux doigts l’agrafe qui est

#### Risques & contraintes

Lors du retrait des moyens de protec7on, il faut veiller à ne pas entrer en contact avec la face externe souillée des équipements.

située au dessus de la racine du nez.

* + meFre en place les luneFes de protec7on ;

Les branches doivent être glissées sous la charloFe.

Certaines luneFes de protec7on à usage unique nécessitent un « montage » avant u7lisa7on.

* + meFre en place les gants à usage unique ou stériles.

##### Retrait de l ‘équipement de protection

Aﬁn d’éviter toute contamina7on au moment du retrait des moyens de protec7on, le secouriste doit se dévê7r de la manière suivante :

* + re7rer la protec7on oculaire puis respiratoire ;
  + re7rer la charloFe et la surblouse en la retournant ;
  + re7rer en dernier les gants à usage unique pour éviter toute contamina7on des mains du secouriste.

Les équipements souillés doivent être placés dans les conteneurs de DASRI.

#### Evaluation

Les mains nues n’ont pas touché les faces externes des équipements.

Les équipements, une fois ôtés, sont placés directement dans l’emballage à élimina7on de déchets.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 F 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Friction des mains

#### Indication

CeFe technique doit être réalisée lorsque la technique de lavage des mains à l’eau et au savon ne peut pas être réalisée (absence d’accès à l’eau). Elle peut aussi être réalisée en complément, lorsque un degré d’asepsie plus élevé est requis.

CeFe technique est aussi eﬃcace que le lavage des mains, si la fric7on est faite sur des mains visuellement propres et non talquées. La fric7on sur des gants est inu7le.

#### Justification

Les fric7ons avec un gel hydro-­‐alcoolique ont pour but :

* + de compléter l’élimina7on des germes de surface, après un lavage simple des mains à l’eau et au savon ;
  + de conserver un niveau d’asepsie acceptable des mains.

En eﬀet, le contact avec les vic7mes ou leur environnement pendant les soins donnés introduit progressivement des souillures, même si les mains paraissent propres.

#### Matériel

Gel hydro-­‐alcoolique contenu soit :

* + dans un ﬂacon individuel, fermé par un bouchon an7-­‐retour ;
  + dans un récipient mural ﬁxe, muni d’une pompe de dispensa7on dont la commande est accessible sans u7liser les mains.

#### Réalisation

* Enlever montre, bagues et autres bijoux ;
* déposer dans le creux de la paume d’une main une quan7té suﬃsante (ce que le creux de la main peut contenir) ;
* fric7onner sans arrêter, pendant au moins 30 secondes et jusqu’à évapora7on complète, toutes les surfaces des mains en insistant sur la pulpe des doigts, les paumes. Ne pas oublier les espaces interdigitaux, les pouces, le dos de la main, les poignets ;
* ne pas rincer ni essuyer.

#### Risques & contraintes

Le gel hydro-­‐alcoolique est inﬂammable, il ne faut pas réaliser ceFe technique à proximité d’une source de chaleur (ﬂamme d’un briquet, d’une cigareFe).

#### Evaluation

Les mains doivent être sèches à l’issue de la procédure.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 L 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Lavage des mains

#### Indication

CeFe technique doit être réalisée :

* + en début et ﬁn de journée, à la prise et la sor7e du service ;
  + systéma7quement avant un soin et entre deux vic7mes ;
  + avant ou après un geste de la vie courante (après s’être mouché, avant de manger, après avoir été aux toileFes) ;
  + au retrait des gants ;
  + en présence de poudre sur les mains ;
  + chaque fois que les mains sont visiblement souillées.

#### Justification

Le lavage simple des mains élimine les souillures, réduit la ﬂore transitoire (bactéries, virus, champignons) et diminue le risque de transmission de maladies.

#### Matériel

* + Eau du robinet, à défaut : eau en bouteille ;
  + savon neutre liquide ;
  + poubelle à pédale ou sans couvercle équipée d’un sac jetable ;
  + distributeur d’essuie-­‐mains à usage unique (en papier ou en non 7ssé).

#### Réalisation

* Mouiller les mains ;
* prendre une dose de savon liquide ;
* savonner pendant 30 secondes en insistant sur la pulpe des doigts, les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, les bords externes des mains, mais aussi le dos des mains, les paumes et les poignets ;
* rincer abondamment sous l’eau, ne pas toucher au robinet ;
* sécher par tamponnement avec des essuie-­‐ mains à usage unique ;
* u7liser le dernier essuie-­‐mains pour fermer le robinet ;
* jeter l’essuie-­‐mains dans une poubelle sans la toucher avec les mains.

#### Evaluation

Les mains sont visuellement propres et les ongles n’ont pas de dépôts sombres.

Il n’existe plus de traces du savon de lavage. Les mains et les avant-­‐bras sont secs.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Mise en place de gants stériles

#### Indication

L’usage de gants stériles par le secouriste est requis lorsqu’il convient de limiter au maximum le risque de contamina7on de la vic7me et lorsque les soins requièrent une asepsie rigoureuse.

#### Justification

Le port de gants stériles permet :

* + de protéger et prévenir le risque de contamina7on de la vic7me par les germes présents sur la peau des mains du secouriste ou sur un gant non stérile à usage unique ;
  + de protéger le secouriste des germes dangereux.

#### Matériel

* + Une paire de gants stériles et non talqués, de taille adaptée.

#### Réalisation

* + Choisir une paire de gants de taille adaptée ;
  + poser l’emballage sur un plan dur, puis l’ouvrir ;
  + se laver les mains à l’eau et au savon et les fric7onner avec une solu7on hydro-­‐alcoolique ;

En l’absence de possibilité de lavage à l’eau et au savon, procéder à une fric7on des mains avec une solu7on hydroalcoolique.

* déplier le second emballage ;
* repérer le gant droit du gauche ;
* saisir de la main opposée la face interne de la mancheFe du premier gant et enﬁler la main correspondante ;
* glisser la main gantée sous la mancheFe repliée du second gant, et enﬁler la seconde main ;
* retourner les mancheFes ;
* ajuster les doigts (extrémités, plis inter-­‐ digitaux).

#### Risques & contraintes

Les gants stériles actuellement sur le marché sont fréquemment fabriqués avec du latex et présentent des risques d’allergie pour le secouriste.

Le porteur des gants ne doit rien toucher avant de pra7quer le geste de soins.

#### Evaluation

La face externe des gants n’a pas été touchée directement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 N 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Nettoyage et désinfection d’un véhicule ou d’un local

#### Indication

CeFe procédure est applicable pour les véhicules sanitaires ou les locaux u7lisés comme poste de secours.

Les opéra7ons de neFoyage -­‐ désinfec7on doivent être réalisées :

* + selon un protocole simpliﬁé entre chaque vic7me prise en charge ou à l’issue de chaque transport ;
  + selon un protocole quo7dien avant la prise de service d’une nouvelle équipe ou avant le début d’une mission de longue durée ;
  + selon un protocole de désinfec7on approfondie à l’issue du transport d’une vic7me à risque infec7eux par7culier connu (après conseil de l’autorité médicale ou de l’autorité d’emploi) ou de manière périodique à une fréquence recommandée par l’autorité d’emploi.

#### Justification

Les vic7mes véhiculées et les intervenants courent le risque, dans un véhicule ou un local non ou mal entretenu, de contracter des micro-­‐organismes pathogènes résistants dans l’environnement extérieur.

L’entre7en doit permeFre d’assurer :

* + la propreté visuelle ;
  + la propreté micro biologique.

#### Matériel

Aﬁn de réaliser le neFoyage et la désinfec7on d’un véhicule ou d’un local, il convient d’avoir :

* + un point d’eau propre ;
  + des gants non stériles à usage unique à mancheFe longue ;
  + du savon liquide et/ou un système de distribu7on de gel pour l’an7sepsie des mains ;
  + le nécessaire pour procéder au débarras et au lavage préalable du volume. A savoir :
    - deux seaux de couleurs diﬀérentes (par exemple rouge et bleu) et d’une contenance d’environ dix litres ;
    - un balai-­‐brosse ou équivalent (balai Faubert à support plat pour frange ou balai avec pince plas7que pour frange) propre ;
    - une frange adaptée, lavée en machine et éventuellement un système de presse pour frange ;
    - un aspirateur réservé au neFoyage des véhicules sanitaires ;
    - un sac jaune pour déchets d’ac7vités de soins à risques infec7eux ;
    - un sac d’une autre couleur pour les déchets assimilés aux ordures ménagères ;
    - des essuie-­‐tout ;
* l’équipement avec le nécessaire pour u7liser le détergent-­‐désinfectant. A savoir :
  + des laveFes à usage unique ou lingeFes pré-­‐imprégnées de détergent-­‐désinfectant sa7sfaisant aux normes an7microbiennes ;

Les supports en non 7ssé à usage unique sont préférés par commodité.

* + une solu7on détergente-­‐désinfectante pour sols, surfaces, mobilier, disposi7fs médicaux.

En règle générale ces solu7ons sont présentées :

* + - soit en bidon (en général cinq litres) ;
    - soit en ﬂacon (en général un litre) ;
    - soit en dose individuelle (en général autour de vingt millilitres).
  + un pulvérisateur ou spray de détergent-­‐ désinfectant pour surfaces, matériels et disposi7fs médicaux, en ﬂacon avec un pistolet (produit prêt à l’emploi) ;
  + une brosse de neFoyage qui a été elle-­‐ même désinfectée ;
* le cahier de traçabilité des opéra7ons réalisées.

Les serpillières et les éponges sont interdites car elles cons7tuent des réservoirs de micro-­‐organismes poten7ellement pathogènes.

Si les tex7les de neFoyage sont réu7lisés, les laver en machine à haute température (> 60°C) avec javellisa7on au dernier rinçage.

#### Réalisation

Le protocole simpliﬁé d’entre7en entre deux vic7mes peut se réaliser n’importe où car il ne nécessite aucun point d’eau. Le matériel d’entre7en pour ce protocole peut être stocké dans le véhicule.

Le protocole quo7dien et le protocole approfondi doivent autant que possible être réalisés dans un endroit réservé et adapté comportant au minimum un point d’eau du réseau, muni d’un système d’évacua7on des eaux usées ainsi que le matériel spéciﬁque d’entre7en et des plans de travail sans joints.

##### Règles générales

Quel que soit le protocole u7lisé, il faut, avant sa mise en œuvre :

* + bien aérer le véhicule ou le local en ouvrant les portes ;
  + s’être lavé les mains ;
  + s’être protégé au moyen :
    - de gants à usage unique, non stériles ;
    - d’une paire de luneFes de protec7on ;
  + avoir dépoussiéré et neFoyé le sol ainsi que l’intérieur du véhicule ou du local.

A la ﬁn du protocole il faut :

* + placer les matériels à usage unique usagés dans les emballages prévus pour la collecte des DASRI ;
  + re7rer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous prévu pour les DASRI ;
  + se laver les mains ;
  + noter ce qui a été fait sur le cahier de traçabilité.

##### Protocole simplifié

* + pulvériser une solu7on détergente-­‐ désinfectante sur le matériel qui a été en contact avec la vic7me ou qui a été exposé à des liquides biologiques (brancard, matelas immobilisateur à dépression, plans de travail, poignées de portes…) ;
  + étaler la solu7on pulvérisée sur ce matériel à l’aide d’une laveFe à usage unique, propre et sèche ;
* laisser sécher et ne pas rincer ;
* jeter la laveFe dans le sac à déchets mous prévu pour les DASRI.

##### Protocole périodique

* NeFoyer et désinfecter la cellule sanitaire. Pour cela :
  + ôter le matériel encombrant les surfaces ;
  + procéder au neFoyage et à la désinfec7on de toutes les surfaces sauf le sol à l’aide d’une lingeFe à usage unique selon la

« technique des 2 seaux » (Cf. tableau page suivante) ;

* + laisser sécher sans rincer ;
  + réintégrer le matériel préalablement neFoyé et désinfecté dans la cellule ;
  + neFoyer et désinfecter le sol en u7lisant la même technique et un balai à franges ;
  + laisser sécher le sol avant de pénétrer dans la cellule sanitaire.
* NeFoyer et désinfecter la cabine de conduite. Pour cela :
  + neFoyer à l’aide d’un pulvérisateur de solu7on détergente-­‐désinfectante le tableau de bord, le volant, le levier de vitesse, les maneFes, le frein à main, les portes intérieures et par7culièrement les poignées, les appareils de communica7on (radios, téléphones mobiles) ;

Ne pas eﬀectuer de pulvérisa7on directe sur les matériels sensibles aux projec7ons humides.

* + étaler la solu7on pulvérisée sur ce matériel à l’aide d’une laveFe en non-­‐7ssé à usage unique, propre et sèche, laisser sécher et ne pas rincer ;
  + procéder au lavage du sol de l’intérieur vers l’extérieur comme décrit précédemment pour la cellule sanitaire.

##### Protocole approfondi

* NeFoyer et désinfecter la cellule sanitaire. Pour cela :
  + sor7r de la cellule sanitaire l’ensemble du matériel et le stocker à l’intérieur ;
  + déposer ces matériels sur un plan de travail réservé pour accueillir le matériel non désinfecté ;
    - réaliser les point 2 à 6 du protocole périodique rela7f à la cellule sanitaire.

Il convient de procéder en commençant par le plafond et en descendant progres-­‐ sivement sur les parois. Ne pas oublier les 7roirs et l’intérieur des placards. Bien insister sur le support de brancard. Terminer par le sol.

* + neFoyer et désinfecter le matériel qui a été préalablement stocké hors de la cellule sanitaire ;
  + réintégrer l’ensemble du matériel neFoyé et désinfecté à l’intérieur en ayant vériﬁé leur état de fonc7onnement ;
  + neFoyer et désinfecter la cabine de conduite comme indiqué au protocole périodique.

Techniques des *deux seaux*

|  |  |
| --- | --- |
| Seau de lavage ou rouge | Préparer dans un seau une solution de détergent-désinfectant en respectant la dilution prescrite par le fournisseur |
| Seau de rinçage ou bleu | Remplir un seau d’une autre couleur avec de l’eau propre du réseau. |
| Seau de lavage ou rouge | Tremper la frange et la fixer à l’extrémité du balai. |

Nettoyer le sol de la cellule sanitaire en commençant par le fond et terminant vers l’extérieur, en déplaçant la frange en faisant des « S ».

|  |  |
| --- | --- |
| Seau de rinçage ou bleu | Essorer la frange, autant de fois que cela est nécessaire |
| Seau de lavage ou rouge | Tremper la frange |
| Seau de rinçage ou bleu | Dès que l’eau devient suffisamment trouble, le vider et le remplir d’eau claire. |

Renouveller les étapes des points 4 à 7 autant que nécessaire.

Vider les deux seaux, les rincer, essorer et rincer la frange, au besoin la laver en machine à laver, séparément de tout linge, et laisser sécher le tout.

#### Risques & contraintes

Les désinfectants peuvent être irritants pour la peau et les muqueuses (yeux). Il est donc nécessaire de porter des gants appropriés (gants à usage unique pour un usage court, à mancheFes longues, sans immersion dans la solu7on, sinon, porter des gants de ménage), des luneFes de protec7on, une blouse de protec7on, un masque de protec7on respiratoire éventuellement.

En cas de contact avec les yeux, laver abondamment sous l’eau et consulter un médecin.

En cas d’inges7on, il est impéra7f de consulter immédiatement un médecin et de lui montrer l’emballage ou l’é7queFe du produit.

Ne pas mélanger les diﬀérents produits entre eux.

Pour les solu7ons en pulvérisateur, ne pas respirer l’aérosol issu de la pulvérisa7on.

Ne jamais pulvériser sur du matériel électrique (DAE, aspirateur de mucosités).

#### Evaluation

Les procédures de neFoyage-­‐désinfec7on sont :

* écrites dans un document à la disposi7on de toutes les personnes suscep7bles de réaliser ce type d’ac7on ;
* mises à jour régulièrement.

Ces procédures doivent donc être respectées et des ﬁches de suivi ou d’enregistrement de l’entre7en des véhicules ou des locaux doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu’une ac7on de neFoyage-­‐désinfec7on est menée. Sur ces ﬁches ﬁgurent :

* le nom du local ou le type de véhicule et son immatricula7on ;
* le type de protocole réalisé ;
* la date et l’heure de réalisa7on celui-­‐ci ;
  + le nom et la signature de la personne qui a réalisé l’opéra7on.

Régulièrement, l’autorité d’emploi met à jour les procédures d’u7lisa7on du matériel de neFoyage et du suivi, et vise les ﬁches de suivi d’entre7en.

Lors de la réalisa7on des opéra7ons de désinfec7on-­‐ entre7en, la personne :

* + porte les équipements de protec7on adaptés ;
  + respecte les procédures de neFoyage et de désinfec7on adaptées à la situa7on ;
  + u7lise correctement les détergents et les désinfectants employés.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 N 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Nettoyage et désinfection du matériel

#### Indication

CeFe procédure est applicable pour les matériels de secours réu7lisables.

CeFe opéra7on doit être réalisée systéma7quement après la prise en charge d’une vic7me si le matériel a été mis en œuvre, ou de manière périodique (en général hebdomadaire), lors du protocole de désinfec7on approfondi du véhicule sanitaire.

#### Justification

Des infec7ons peuvent être transmises à la vic7me ou à l’intervenant secouriste par le biais de matériel non désinfecté à l’issue de son u7lisa7on.

Le neFoyage suivi de la désinfec7on permet d’assurer la propreté microbiologique du disposi7f médico-­‐ secouriste

#### Matériel

Aﬁn de réaliser le neFoyage et la désinfec7on du matériel, il convient d’avoir :

* + un point d’eau propre ;
  + des gants non stériles à usage unique à mancheFe longue ;
  + du savon liquide et/ou un système de distribu7on de gel pour l’an7sepsie des mains ;
  + un bac permeFant l’immersion du matériel ;
  + deux plans de travail :
    - l’un des7né au matériel sale ;
    - l’autre des7né au matériel propre.
  + le nécessaire pour procéder au débarras et au lavage. A savoir :
    - deux seaux de couleurs diﬀérentes (par exemple rouge et bleu) et d’une contenance d’environ dix litres ;
    - un sac jaune pour déchets d’ac7vités de soins à risques infec7eux ;
    - un sac d’une autre couleur pour les déchets assimilés aux ordures ménagères ;
    - des essuie-­‐tout ;
  + l’équipement avec le nécessaire pour u7liser le détergent-­‐désinfectant. A savoir :
    - des laveFes à usage unique ou lingeFes pré-­‐imprégnées de détergent-­‐désinfectant sa7sfaisant aux normes an7microbiennes ;

Les supports en non 7ssé à usage unique sont préférés par commodité.

* + - une solu7on détergente-­‐désinfectante pour sols, surfaces, mobilier, disposi7fs médicaux.

En règle générale ces solu7ons sont présentées :

* + - * soit en bidon (en général cinq litres) ;
      * soit en ﬂacon (en général un litre) ;
      * soit en dose individuelle (en général autour de vingt millilitres).
    - un pulvérisateur ou spray de détergent-­‐ désinfectant pour surfaces, matériels et disposi7fs médicaux, en ﬂacon avec un pistolet (produit prêt à l’emploi) ;
    - une brosse de neFoyage qui a été elle-­‐ même désinfectée ;
* les documents de traçabilité des opéra7ons réalisées.

Les serpillières et les éponges sont interdites car elles cons7tuent des réservoirs de micro-­‐organismes poten7ellement pathogènes.

Si les tex7les de neFoyage sont réu7lisés, les laver en machine à haute température (> 60°C) avec javellisa7on au dernier rinçage.

#### Réalisation

##### Règles générales

La désinfec7on du matériel est toujours précédée d’une étape de neFoyage, même si le produit u7lisé est un produit détergent désinfectant.

Les personnes chargées de ceFe opéra7on doivent respecter un circuit précis en dis7nguant une zone propre d’une zone sale. Elles devront neFoyer et désinfecter les plans de travail à l’issue des opéra7ons.

Le neFoyage et la désinfec7on du matériel sont réalisés après l’élimina7on des souillures biologiques (sang, salive, etc.), dès leur produc7on, avec un essuie-­‐tout imprégné d’un détergent désinfectant.

Avant tout neFoyage-­‐désinfec7on des matériels, il faut :

* + s’être lavé les mains ;
  + avoir mis des gants à usage unique non stériles ;
  + avoir jeté le matériel à usage unique dans les emballages prévus en respectant les règles du tri.
  + avoir sor7 de la cellule sanitaire l’ensemble des matériels stockés à l’intérieur ;
  + avoir déposé l’ensemble du matériel sur un plan de travail réservé pour accueillir le matériel non désinfecté ;
  + avoir préparé un bas de trempage contenant une solu7on de détergent-­‐désinfectant en respectant la dilu7on prescrite.

A l’issue du neFoyage-­‐désinfec7on :

* + re7rer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous ;
  + se laver les mains ;
  + réintégrer l’ensemble du matériel neFoyé et désinfecté à l’intérieur de la cellule sanitaire et procéder à son inventaire.

##### Protocole relatif aux matériels immergeables

* + Démonter le matériel démontable et faire tremper dans le bac les par7es immergeables ainsi que la brosse de neFoyage ;
  + laisser le matériel en contact dans la solu7on détergente-­‐désinfectante pendant le temps imposé par la no7ce technique du produit u7lisé. Au minimum, respecter un temps de contact de quinze minutes ;
  + neFoyer et brosser méthodiquement les diﬀérentes pièces ;
  + rincer abondamment les pièces une par une sous l’eau courante ;
  + sécher avec un support absorbant à usage unique chaque pièce ;
  + remonter et vériﬁer l’état de fonc7onnement du matériel.

##### Protocole relatif aux matériels non immergeables

* + Démonter les par7es amovibles ;
  + pulvériser une solu7on détergente-­‐ désinfectante sur ce matériel à l’aide d’un pulvérisateur ou d’un spray en veillant à ne pas

projeter directement la solu7on sur les par7es électriques sensibles ;

* étaler la solu7on pulvérisée sur ce matériel à l’aide d’une laveFe en non-­‐7ssé à usage unique, propre et sèche ;
* laisser sécher et ne pas rincer ;
* remonter et vériﬁer l’état de fonc7onnement du matériel.

#### Risques & contraintes

Les désinfectants peuvent être irritants pour la peau et les muqueuses (yeux). Il est donc nécessaire de porter des gants appropriés (gants à usage unique pour un usage court, à mancheFes longues, sans immersion dans la solu7on, sinon, porter des gants de ménage), des luneFes de protec7on, une blouse de protec7on, un masque de protec7on respiratoire éventuellement.

En cas de contact avec les yeux, laver abondamment sous l’eau et consulter un médecin.

En cas d’inges7on, il est impéra7f de consulter immédiatement un médecin et de lui montrer l’emballage ou l’é7queFe du produit.

Ne pas mélanger les diﬀérents produits entre eux.

Pour les solu7ons en pulvérisateur, ne pas respirer l’aérosol issu de la pulvérisa7on.

Ne jamais pulvériser sur du matériel électrique (DAE, aspirateur de mucosités).

La vériﬁca7on du fonc7onnement du matériel est indispensable avant sa remise en service.

#### Evaluation

Les procédures de neFoyage-­‐désinfec7on sont :

* écrites dans un document à la disposi7on de toutes les personnes suscep7bles de réaliser ce type d’ac7on ;
* mises à jour régulièrement.

Ces procédures doivent donc être respectées et des ﬁches de suivi ou d’enregistrement de l’entre7en du matériel doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu’une ac7on de neFoyage-­‐désinfec7on est menée. Sur ces ﬁches ﬁgurent :

* le type de matériel et son numéro d’iden7ﬁca7on ;
* le type de neFoyage-­‐désinfec7on réalisé ;
  + la date de réalisa7on celui-­‐ci ;
  + le nom et la signature de la personne qui a réalisé l’opéra7on.

Régulièrement, l’autorité d’emploi met à jour les procédures d’u7lisa7on du matériel de neFoyage et du suivi, et vise les ﬁches de suivi d’entre7en.

Lors de la réalisa7on des opéra7ons de désinfec7on-­‐ entre7en, la personne :

* + porte les équipements de protec7on adaptés ;
  + respecte les procédures de neFoyage et de désinfec7on adaptées à la situa7on ;
  + u7lise correctement les détergents et les désinfectants employés.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Retrait de gants à usage unique

#### Indication

CeFe technique doit être réalisée par le secouriste lors de chaque retrait des gants stériles ou non stériles à usage unique :

* + à la ﬁn de chaque ac7on de secours ;
  + chaque fois que les gants apparaissent souillés.

#### Justification

Des7nés à protéger le secouriste de germes dangereux, les gants à usage unique peuvent contaminer les mains du secouriste au moment de leur retrait ou contaminer une autre personne. La technique de retrait des gants à

#### Réalisation

* Saisir un gant au niveau du poignet en évitant de toucher la peau ;
* re7rer le premier gant en le retournant ;
* rouler le gant re7ré dans la paume de l’autre main ;
* insérer un ou deux doigts en crochet à l’intérieur de l’autre gant sans toucher la face externe du gant, et le pincer entre le pouce et l’index sur sa face interne ;
* re7rer le second gant en le retournant ;
* jeter les gants dans un conteneur de déchets d’ac7vité de soins prévu à cet eﬀet.

usage unique a donc pour but d’éviter ceFe

contamina7on.

Les gants re7rés font par7e des déchets d’ac7vité de soins à risque infec7eux (DASRI).

#### Matériel

* + Emballage à élimina7on de déchets d’ac7vité de soins à risque infec7eux (DASRI).

#### Risques & contraintes

Lors de leur retrait, le secouriste peut entrer en contact avec la face externe souillée des gants.

Les gants, une fois ôtés, sont placés directement dans l’emballage à élimina7on de déchets.

#### Evaluation

Les mains nues n’ont pas touché les faces externes des gants.

Les gants, une fois ôtés, sont placés directement dans l’emballage à élimina7on de déchets.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 U 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Utilisation des détergents et désinfectants

#### Indication

L’u7lisa7on de détergent et de désinfectant est indiquée lors de la réalisa7on des opéra7ons de neFoyage et de désinfec7on réalisées conformément aux diﬀérents protocoles en vigueur.

#### Justification

Les matériels u7lisés pour donner des soins ou porter secours aux vic7mes sont suscep7bles de transmeFre des maladies infec7euses lorsqu’ils sont souillés par des ma7ères organiques humaines ou animales ou des par7cules (terre, poussières) souillées ou suspectes de l’être.

Les secouristes u7lisent deux types de matériels :

* + à usage unique ;
  + qui nécessitent une détersion et une désinfec7on.

#### Matériel

* + un détergent.

Il s’agit d’un produit neFoyant qui rend propre visuellement le support et qui :

* + - dégraisse et détache les par7cules infectées du support où elles sont collées et les met en suspension dans une solu7on qui peut s’éliminer par rinçage ou par un second passage du produit, selon les préconi-­‐ sa7ons du fabricant.

Certains détergents sont pulvérisables ;

* + - ne con7ent pas de substance an7-­‐ microbienne ;
    - est dit *agent tensioac(f*. Son ac7on est basée sur une ac7on chimique qui nécessite, en plus de l’ac7on mécanique (brossage ou froFement pour décoller la salissure), le respect d’une température d’u7lisa7on et d’un temps d’ac7on du produit.
* un désinfectant

Il s’agit d’un produit qui ne peut être u7lisé que les surfaces propres pour éliminer, inac7ver ou tuer les micro-­‐organismes après le temps de détersion.

On u7lise des produits normés selon les normes AFNOR, pour les ac7vités bactéricide et fongicide. A défaut, on u7lisera de l’eau de Javel diluée.

Certains produits comportent les deux fonc7ons.

#### Réalisation

La détersion des surfaces s’eﬀectue après neFoyage à grande eau et dépoussiérage avec un linge humide simple si le degré de saleté est important et si la surface traitée permet ces traitements préliminaires.

Les produits détergents ou désinfectants ne doivent pas être u7lisés sur la peau. Leur u7lisa7on nécessite donc une protec7on de l’u7lisateur.

Le traitement est eﬀectué :

* en un temps avec les produits détergents-­‐ désinfectants. Dans ce cas, les surfaces traitées nécessitent une détersion simple périodique pour éliminer le ﬁlm laissé sur les surfaces traitées ;
* en deux temps, en respectant les températures et les temps d’applica7on, si on u7lise un détergent suivi d’un désinfectant ;
* en progressant des zones les plus propres vers les zones les plus sales, du haut vers le bas.

Les produits seront u7lisés avec des chiﬀons propres ou des in7ssés jetables à usage unique. Les éponges réu7lisables sont proscrites.

#### Risques & contraintes

Comme tous les produits phytosanitaires, les détergents et les désinfectants comportent certains risques liés à leur u7lisa7on. Ces derniers sont notés sur la no7ce d’u7lisa7on du produit.

#### Evaluation

Les détergents et les désinfectants doivent être u7lisés en fonc7on des diﬀérentes procédures et leur règle d’u7lisa7on indiquée sur la no7ce respectée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 03 U 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Utilisation des emballages à élimination de déchets

#### Indication

On u7lise les emballages spéciaux rela7f aux *déchets des ac(vités de soins à risque infec(eux* (DASRI) pour chaque déchet de soins ayant été en contact avec du sang ou un autre produit biologique. On dis7ngue deux types de déchets :

* + les matériels piquants, coupants et tranchants : aiguilles, scalpels, lames de rasoirs…

Ils doivent être stockés de manière également règlementée dans des collecteurs en carton ou des grands récipients.

#### Utilisation

Il est indispensable de manipuler les DASRI avec des gants.

* + les déchets mous : compresses, pansements,

champs, draps à usage unique…

#### Justification

La réalisa7on des soins sont à l’origine d’une produc7on de DASRI. Ils représentent une source importante de transmission des infec7ons et d’accident d’exposi7on à un risque viral .

Le recueil, le stockage et l’élimina7on des DASRI sont réglementés et u7lisent des emballages et des conteneurs spéciaux conçus pour cet usage1.

#### Matériel

* + Emballages spéciaux Ces emballages sont :
    - agréés et homologués. Ils présentent un mode d’emploi inscrit sur leurs parois extérieures.
    - reconnaissables grâce à leur couleur jaune et leur pictogramme spéciﬁque reconnu interna7onalement.

Ces emballages prennent la forme :

* + - des sacs souples mais étanches pour le recueil des déchets mous ;
    - de collecteurs en plas7que rigide pour les déchets tranchants, coupants et piquants.

##### Règles générales

* Ne rien laisser sur les lieux de l’ac7on de secours ;
* Ne jamais recapuchonner les aiguilles ni séparer les aiguilles d’une seringue ou d’une tubulure à perfusion avant de les meFre dans le collecteur ;
* Utiliser l'emballage conforme adapté au déchet ;
* Ne pas jeter de DASRI aux ordures ménagères ;
* Déposer les emballages pleins dans un lieu prévu à cet eﬀet.

##### Manipulation

* Ouvrir l’emballage (sac ou collecteur) au préalable ;
* déposer le déchet dans l’emballage et le fermer immédiatement après à l’aide de la fermeture provisoire (collecteur) ;
* ne pas remplir l‘emballage au-­‐delà de la limite indiquée ;
* ne pas tasser les déchets à l’intérieur de l’emballage à DASRI ;
* fermer l’emballage lorsque le taux maximum de remplissage, ou la date de péremp7on, est aFeint ;

La fermeture doit se faire au moyen du disposi7f de fermeture déﬁni7ve, s’ i l’emballage en est doté.

* déposer l’emballage dans le container prévu à cet eﬀet.

1 Cf. norme NF X 30-500 - Décembre 1999

#### Risques & contraintes

La manipula7on des DASRI expose aux risques infec7eux notamment aux accidents d’exposi7on au sang.

#### Evaluation

Tous les déchets sont éliminés grâce à des emballages appropriés.

Les emballages ne sont ni perforés, ni surchargés.

Les aiguilles sont éliminées sans être recapuchonnées.

## Gestes d’urgence vitale

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **VERSION** | **MISE À JOUR** |
| FT | 04 | A | 01 | Administra7on d’oxygène par insuﬄa7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | A | 02 | Aspira7on de mucosités | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | C | 01 | Compression manuelle | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | C | 02 | Compressions thoraciques | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | D | 01 | Désobstruc7on par la méthode des claques dans le dos | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | D | 02 | Désobstruc7on par la méthode des compressions abdominales | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | D | 03 | Désobstruc7on par la méthode des compressions thoraciques | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | G | 01 | Garrot | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | L | 01 | Libéra7on des voies aériennes chez une vic7me assise | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | L | 02 | Libéra7on des voies aériennes chez une vic7me non trauma7sée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | L | 03 | Libéra7on des voies aériennes chez une vic7me trauma7sée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | M | 01 | Mise en place d’une canule oro-­‐pharyngée | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | P | 01 | Pansement compressif | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | U | 01 | U7lisa7on d’un déﬁbrillateur automa7sé externe | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | V | 01 | Ven7la7on ar7ﬁcielle par la méthode orale | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 04 | V | 02 | Ven7la7on ar7ﬁcielle par un insuﬄateur manuel | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | A | 01 | Administra7on d’oxygène par inhala7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | U | 01 | U7lisa7on d’une bouteille d’oxygène | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Administration d’oxygène par insufflation

#### Indication

L’administra7on d’oxygène par insuﬄa7on doit être réalisée lorsque le secouriste eﬀectue une ven7la7on ar7ﬁcielle par insuﬄateur manuel et qu’il dispose d’une source d’oxygène

#### Justification

L’enrichissement en oxygène de l’air insuﬄé au cours d’une ven7la7on ar7ﬁcielle réalisée à l’aide d’un insuﬄateur manuel, accroît l’eﬃcacité des manœuvres de réanima7on cardio-­‐pulmonaire en amenant plus d’oxygène à l’ensemble de l’organisme.

#### Matériel

* + bouteille d’oxygène ;
  + insuﬄateur manuel ;
  + «ballon-­‐réserve».

L’adjonc7on d’un disposi7f appelé « ballon-­‐ réserve » permet d’obtenir à l’intérieur de l’insuﬄateur manuel une concentra7on d’oxygène élevée proche de 100 % à un débit supérieur à 10 l.min-­‐1.

Il est préférable d’u7liser un matériel à usage unique.

Le ballon réserve est un ballon souple placé avant la valve d’admission des gaz frais.

Il est alimenté par l’intermédiaire d’un tuyau d’arrivée d’oxygène (relié à une bouteille d’oxygène) entre le ballon réserve et la valve d’admission des gaz frais.

Pendant l’insuﬄa7on, la valve d’admission des gaz frais est fermée et l’oxygène s’accumule dans le ballon réserve.

Lors de l’expira7on, le ballon auto-­‐remplisseur se remplit avec l’oxygène qui arrive directe-­‐ ment de la bouteille et du ballon réserve.

Une valve d’entrée d’air permet la pénétra7on d’air dans le ballon auto-­‐remplisseur si l’arrivée d’oxygène n’est pas suﬃsante.

Une soupape de surpression permet la sor7e d’oxygène du ballon réserve si l’alimenta7on en oxygène est trop importante.

#### Réalisation

* Ouvrir la bouteille d’oxygène ;
* connecter le tuyau de raccordement de l’oxygène au débitmètre puis au ballon réserve ;
* raccorder le ballon réserve à l’insuﬄateur manuel, si besoin ;
* régler le débit de la bouteille d’oxygène à :
  + 15 l.min-­‐1 pour un adulte ;
  + 9 l.min-­‐1 pour un enfant ;
  + 3 l.min-­‐1 pour un nourrisson ou un nouveau-­‐ né ;
* insuﬄer.

#### Risques

L’absence d’arrivée d’oxygène ne doit en aucun cas faire interrompre la ven7la7on ar7ﬁcielle à l’aide de l’insuﬄateur manuel. Ce dernier permet de réaliser grâce à ses valves de sécurité une ven7la7on ar7ﬁcielle à l’air.

L’administra7on d’oxygène ne doit pas retarder la mise en œuvre de la RCP.

#### Evaluation

Elle se fait sur le degré de remplissage du ballon réserve qui ne doit jamais être complètement apla7.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Aspiration de mucosités

#### Indication

L’aspira7on est réalisée chaque fois qu’une vic7me qui a perdu connaissance présente un encombrement des voies aériennes par des liquides ou des par7cules solides qu’elle ne peut expulser. Les vomissures, l’eau chez le noyé, le sang et les sécré7ons des poumons sont les principales sources d’un encombrement des voies aériennes.

La présence de sécré7ons dans les voies aériennes est iden7ﬁée par :

* + un bruit de gargouillements au cours des mouvements respiratoires ou lors d’une ven7la7on ar7ﬁcielle ;

L’ensemble, à usage unique, doit être remplacé après chaque u7lisa7on.

* un réceptacle cons7tué d’un ﬂacon en plas7que ou en verre ou parfois d’un sac à usage unique.

Prévu pour récupérer les produits d’aspira7on, il est inséré entre la pompe et le tuyau d’aspira7on. Son remplissage doit être surveillé. Il est vidé ou remplacé systéma-­‐ 7quement en ﬁn d’interven7on.

* du matériel de protec7on individuelle (gants, masques, luneFes).
  + la présence de vomissures qui sortent par la bouche ou par le nez de la vic7me.

L’aspira7on des sécré7ons est réalisée :

* + après avoir libéré les voies aériennes et installé la vic7me en PLS, chez une vic7me qui a perdu connaissance ;
  + pendant les compressions thoraciques aﬁn de ne pas les interrompre, chez une vic7me en arrêt cardiaque ;
  + en présence de signes d’encombrement ou de liquide dans la bouche, chez un nouveau-­‐né en détresse à la naissance.

#### Justification

Le retrait des sécré7ons qui encombrent les voies aériennes d’une vic7me permet d’améliorer sa respira7on spontanée ou une ven7la7on ar7ﬁcielle, donc son oxygéna7on.

#### Matériel

L’aspira7on nécessite :

* + une pompe à dépression. Manuelle ou électrique, elle peut être portable ou installée directement dans le véhicule de secours.
  + une sonde d’aspira7on buccale souple, à extrémité en mousse, adaptée à l’âge de la vic7me. Elle est reliée à l’appareil par un tuyau.

#### Réalisation

Le matériel d’aspira7on monté et prêt à fonc7onner, est systéma7quement posi7onné à côté de la tête de toute vic7me qui a perdu connaissance.

* S’équiper de gants de protec7on à usage unique, d’un masque de protec7on respiratoire et de luneFes ;
* raccorder la sonde stérile au tuyau d’aspira7on après l’avoir sor7e de son emballage ;
* meFre en marche l’appareil et régler l’aspira7on, si le modèle le permet ;
* ouvrir la bouche de la vic7me ;
* introduire la sonde d’aspira7on dans la bouche doucement et prudemment en restant perpendiculaire au visage ;
* meFre en œuvre l’aspira7on, en obturant l’oriﬁce de la prise d’air si nécessaire ;
* aspirer les sécré7ons en re7rant progres-­‐ sivement la sonde et en lui imprimant des mouvements de rota7on entre les doigts ;

Si le pa7ent présente des sécré7ons ou des débris alimentaires qui ne peuvent être aspirés, essayer de les re7rer avec les doigts.

* renouveler la manœuvre, si nécessaire ;
* remeFre la sonde d’aspira7on dans son emballage d’origine une fois l’aspira7on terminée ;
* éteindre l’appareil.

L’aspira7on peut être renouvelée si nécessaire.

L’aspira7on doit être adaptée à l’âge de la vic7me :

* + 300 à 400 mm Hg, chez l’adulte ou l’enfant ;
  + 100 mm Hg, chez le nourrisson ou le nouveau-­‐ né.

#### Risques & contraintes

Pour limiter tout manque d’oxygène, chaque manœuvre d’aspira7on ne doit pas excéder dix secondes chez l’adulte et cinq dans les autres cas.

Réalisée chez une personne consciente, l’introduc7on d’une sonde d’aspira7on au fond de la gorge provoque le plus souvent un vomissement et doit donc être proscrite.

La présence d’une canule oro-­‐pharyngée n’empêche pas l’aspira7on. Toutefois, elle peut être re7rée temporairement pour faciliter la manœuvre.

Pour ne créer aucune lésion dans la cavité buccale et au niveau du pharynx de la vic7me, il faut éviter les phénomènes de ventouse au niveau des muqueuses en ouvrant ponctuellement la prise d’air.

#### Evaluation

L’aspira7on a été eﬃcace si la respira7on spontanée de la vic7me ou les insuﬄa7ons manuelles sont devenues silencieuses.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 C 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Compression manuelle

#### Indication

La compression manuelle doit être réalisée devant toute hémorragie externe accessible.

#### Justification

La plupart des hémorragies externes s’arrêtent en appuyant sur la plaie.

La compression manuelle est une technique facile et rapide. Elle est très eﬃcace et suﬃt dans la plupart des cas pour arrêter le saignement.

#### Matériel

* + gants à usage unique ;
  + paquet de compresses, pansement *américain*

ou 7ssu propre (mouchoir, torchon, vêtement).

#### Réalisation

* appuyer fortement sur l’endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main protégés par un gant à usage unique ;
* interposer le plus tôt possible entre la main et la plaie plusieurs compresses, un pansement ou un 7ssu propre pour augmenter la compression ;
* maintenir la compression de la plaie jusqu’au relais par un pansement compressif.

#### Risques & contraintes

La compression directe est suscep7ble d’entraîner une contamina7on de la vic7me par le sauveteur ou inversement (accident d’exposi7on à un risque infec7eux).

#### Evaluation

La compression manuelle est eﬃcace lorsque le saignement est arrêté.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 C 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Compressions thoraciques

#### Indication

Les compressions thoraciques sont nécessaires chaque fois qu’un adulte, un enfant ou un nourrisson présente un arrêt cardiaque ou a perdu connaissance suite à une obstruc7on totale des voies aériennes.

Elles sont aussi indiquées en présence d’un nouveau-­‐né qui présente une détresse à la naissance, c’est-­‐à-­‐dire lorsqu’il a une fréquence cardiaque inférieure à soixante baFements par minute.

#### Justification

Quand le cœur s’arrête de fonc7onner, le sang ne circule plus dans l’organisme et la distribu7on d’oxygène n’est plus assurée. La compression régulière du thorax rétablit une circula7on ar7ﬁcielle égale à 20 à 30 % du débit cardiaque normal chez l’adulte. Ce débit est suﬃsant pour maintenir le cerveau et le cœur de la vic7me oxygénés, notamment pendant les quelques minutes nécessaires à la mise en œuvre du choc électrique externe.

La pression, exercée au milieu de la poitrine d’une vic7me allongée sur le dos, vide les cavités cardiaques et les poumons du sang qui s’y trouve, et le propulse vers les organes périphériques.

Lorsque la pression est relâchée, la poitrine revient à sa taille ini7ale, le sang est de nouveau aspiré et remplit le cœur et les poumons. Ce sang sera ensuite propulsé par la compression thoracique suivante.

Lors d’une obstruc7on totale des voies aériennes par un corps étranger, l’augmenta7on de la pression à l’intérieur du thorax à chaque compression facilite l’expulsion du corps étranger par «eﬀet piston» .

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### Chez l’adulte

La vic7me est installée en posi7on horizontale, sur le dos, de préférence sur un plan dur (sol).

* + Se placer à genoux au plus près de la vic7me ;
  + dénuder la poitrine de la vic7me ;
  + appuyer le « talon » d’une main au centre de la poitrine ;

L’appui sur le thorax doit se faire sur la moi7é inférieure du sternum, strictement sur la ligne médiane, sans appuyer sur la pointe du sternum (appendice xiphoïde).

* + placer l’autre main au-­‐dessus de la première, en entrecroisant les doigts des deux mains ;

On peut aussi placer la seconde main à plat sur la première mais en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax pour ne pas appuyer sur les côtes.

* + réaliser des compressions thoraciques successives de cinq à six cen7mètres tout en veillant à :
    - appuyer ver7calement en verrouillant les coudes ;
    - maintenir une fréquence comprise entre 100 et 120 min-­‐1 ;
    - assurer un temps de compression égal au temps de relâchement ;
    - laisser le thorax reprendre sa forme ini7ale, entre chaque compression, sans pour cela décoller le talon de la main.

##### Chez l’enfant

L’enfant est installé en posi7on horizontale, sur le dos, de préférence sur un plan dur (sol).

* + Se placer à genoux au plus près de la vic7me ;
  + dénuder la poitrine de l’enfant ;
  + appuyer le *talon* d’une main au centre de la poitrine. Pour cela :
    - repérer l’appendice xiphoïde ;
    - placer le talon de la main un travers de doigt au-­‐dessus de ce repère ;

Veiller à bien relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes.

L’appui sur le thorax doit se faire sans appuyer sur l’appendice xiphoïde.

* + réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d’au moins un 7ers de son épaisseur :
    - appuyer ver7calement en verrouillant le coude ;
    - maintenir une fréquence comprise entre 100 et 120 min-­‐1 ;
    - assurer un temps de compression égal au temps de relâchement ;
    - laisser le thorax reprendre sa forme ini7ale entre chaque compression, sans pour cela décoller le talon de la main.

##### Chez le nouveau-né ou le nourrisson

Le nourrisson ou le nouveau-­‐né est installé en posi7on horizontale, sur le dos sur un plan dur.

* Se placer au plus près de la vic7me ;
* dénuder la poitrine, si nécessaire ;
* localiser la zone de compression.

CeFe zone est située dans la moi7é inférieure du sternum, un travers de doigt au-­‐dessus de l’appendice xiphoïde.

* réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d’au moins
  + maintenir une fréquence :
    - chez le nourrisson, d’environ 100 min-­‐1 sans dépasser 120 ;
    - chez le nouveau-­‐né, de 120 min-­‐1 ;
  + assurer un temps de compression égal au temps de relâchement ;
  + laisser le thorax reprendre sa forme ini7ale, entre chaque compression, sans pour cela décoller les mains et les doigts.

#### Risques & contraintes

Une mauvaise posi7on des mains, une compression thoracique trop forte ou non ver7cale peuvent entraîner des lésions graves du thorax (fractures de côtes) et des poumons (contusion). Ces risques ne doivent toutefois pas faire diminuer la vigueur des compressions thoraciques.

La présence de gasp, ou une augmenta7on de la fréquence des gasps, ne doit pas faire interrompre les compressions thoraciques.

un 7ers de son épaisseur :

* + - avec la pulpe des deux doigts d’une main si le secouriste est seul ;
    - avec la pulpe des deux pouces en englobant le thorax avec les autres doigts de chaque main si l’ac7on est menée en équipe ;

#### Evaluation

Les compressions thoraciques sont eﬃcaces si :

* + une reprise normale de la respira7on a lieu ;
  + une recolora7on de la vic7me est constatée ;
  + éventuellement, un pouls fémoral ou huméral (nourrisson) lors de chaque compression thoracique est perçu.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 D 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Désobstruction par la méthode des claques dans le dos

#### Indication

CeFe technique est indiquée en cas d’obstruc7on totale des voies aériennes par un corps étranger chez une vic7me consciente.

#### Justification

Le but de ceFe technique est de provoquer un mouvement de toux pour débloquer et expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### Chez l’adulte :

* se placer sur le côté et légèrement en arrière de la vic7me ;
* soutenir le thorax avec une main ;
* demander à la vic7me de se pencher vers l’avant ;
* donner de une à cinq claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates, avec le talon de l’autre main ouverte ;
* arrêter dès que la désobstruc7on est obtenue.

##### Chez l’enfant

* s’asseoir ;
* basculer l’enfant sur la cuisse du sauveteur, couché sur le ventre, tête vers le bas ;
  + donner de une à cinq claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates, avec le talon de la main ouverte.
  + arrêter dès que la désobstruc7on est obtenue.

En cas d’impossibilité, réaliser la même technique que pour l’adulte.

##### Chez le nourrisson

* + Maintenir la tête avec les doigts, de part et d’autre de la bouche tout en évitant d’appuyer sur sa gorge ;
  + coucher le nourrisson, tête penchée en avant à califourchon sur l’avant-­‐bras, pour que sa tête soit plus basse que son thorax ;
  + donner de une à cinq claques dans le dos du nourrisson, entre les deux omoplates, avec le talon de la main ouverte ;
  + arrêter dès que la désobstruc7on est obtenue.

#### Risques

Le risque minime de blesser la vic7me ne doit pas diminuer la vigueur des claques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger.

#### Evaluation

L’eﬃcacité de la technique est jugée sur :

* + le rejet du corps étranger ;
  + l’appari7on de toux chez l’adulte et de pleurs ou de cris chez l’enfant et le nourrisson ;
  + la reprise d’une respira7on normale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 D 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Désobstruction par la méthode des compressions abdominales

#### Indication

CeFe technique est indiquée en cas d’obstruc7on totale des voies aériennes par un corps étranger chez un adulte ou un enfant, conscient, après une série de cinq claques dans le dos ineﬃcace.

#### Justification

Le but de ceFe technique est de comprimer l’air contenu dans les poumons de la vic7me aﬁn d’expulser le corps étranger par un eﬀet de « piston ». Suivant l’importance et la posi7on du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l’expulser.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

* + - Se placer derrière la vic7me, contre son dos ;
    - passer ses bras sous ceux de la vic7me, de part et d’autre de la par7e supérieure de son abdomen ;
    - pencher la vic7me vers l’avant ;
  + meFre le poing sur la par7e supérieure de l’abdomen, au creux de l’estomac, au-­‐dessus du nombril et en dessous du sternum ;
  + placer la seconde main sur la première ;

Les avant-­‐bras ne doivent pas s’appuyer sur les côtes ;

* + 7rer franchement en exerçant une pression vers l’arrière et vers le haut ;
  + eﬀectuer de une à cinq compressions, en relâchant entre chacune ;
  + arrêter dès que la désobstruc7on est obtenue.

#### Risques & contraintes

La réalisa7on des compressions abdominales peut occasionner des lésions des organes internes, des côtes et du sternum.

Ce risque ne doit pas diminuer la vigueur des compressions abdominales qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger.

#### Evaluation

L’eﬃcacité de la technique est jugée sur :

* + le rejet du corps étranger chez l’adulte ;
  + l’appari7on de toux chez l’adulte ;
  + l’appari7on de pleurs ou de cris chez l’enfant ;
  + la reprise d’une respira7on normale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 D 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Désobstruction par la méthode des compressions thoraciques

#### Indication

CeFe technique est indiquée en cas d’obstruc7on totale des voies aériennes par un corps étranger, après une série de cinq claques dans le dos ineﬃcace, chez l’adulte obèse ou la femme enceinte dans les derniers mois de grossesse, lorsqu’il est impossible d’encercler l’abdomen de la vic7me, ou bien chez un nourrisson.

#### Justification

Le but de ceFe technique est de comprimer l’air contenu dans les poumons de la vic7me et d’expulser le corps étranger par un eﬀet de « piston ».

Suivant l’importance et la posi7on du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l’expulser.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### Chez l’adulte obèse ou la femme enceinte

Chez le nourrisson

* + Placer l’avant-­‐bras contre le dos du nourrisson, la main soutenant sa tête ;
  + tourner le nourrisson sur le dos en le maintenant fermement ;
  + placer l’avant-­‐bras, sur lequel repose le nourrisson, sur la cuisse du sauveteur ;

La tête du nourrisson doit être plus basse que le reste du corps ;

* + repérer le bas du sternum à la jonc7on des dernières côtes (appendice xiphoïde) ;
  + placer la pulpe de deux doigts d’une main dans l’axe du sternum, un doigt au dessus de ce repère ;
  + eﬀectuer de une à cinq compressions profondes et successives, en relâchant la pression entre chaque compression ;
  + arrêter dès que la désobstruc7on est obtenue.

#### Risques

Des complica7ons par trauma7sme des organes internes, des côtes ou du sternum peuvent survenir après ces manœuvres.

Ce risque ne doit pas diminuer la qualité des compressions thoraciques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger.

* + - Se posi7onner derrière la vic7me ;
    - placer ses avant-­‐bras sous les bras de la vic7me et encercler la poitrine de la vic7me ;
    - meFre un poing au milieu du sternum, sans appuyer sur la pointe inférieure de celui-­‐ci ;
    - placer l’autre main sur la première, sans appuyer les avant-­‐bras sur les côtes ;
    - 7rer franchement en exerçant une pression vers l’arrière ;
    - eﬀectuer de une à cinq compressions ;
    - arrêter dès que la désobstruc7on est obtenue.

#### Evaluation

L’eﬃcacité de la technique est jugée sur :

* + - * le rejet du corps étranger chez l’adulte ;
      * l’appari7on de toux chez l’adulte ;
      * l’appari7on de pleurs ou de cris chez le nourrisson ;
      * la reprise d’une respira7on normale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 G 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Garrot

#### Indication

Le garrot est indiqué lorsque la compression directe est ineﬃcace ou impossible (vic7me qui présente de nombreuses lésions, plusieurs vic7mes, plaie inaccessible) ou lors de situa7ons par7culières (catastrophes, théâtres d’opéra7ons militaires ou situa7ons apparentées, situa7on d’isolement).

Il ne peut être posé qu’aux membres supérieurs (au bras) ou inférieurs (à la cuisse).

#### Justification

Le garrot arrête une hémorragie externe en interrompant totalement la circula7on du sang en amont de la plaie.

#### Matériel

* + - Garrots spéciﬁques.

Plusieurs modèles commercialisés ont fait la preuve de leur eﬃcacité.

* + - Garrot improvisé composé :
      * d’un lien de toile forte de 3 à 5 cm de large et de 1,50 m de longueur. Ce lien peut être éventuellement improvisé avec une cravate, une écharpe, un foulard en l’absence de tout matériel ;
      * d’un bâton de métal ou de bois, solide, pour permeFre un serrage eﬃcace.

#### Réalisation

##### Garrot spécifique

Il est nécessaire dans tous les cas de se référer aux préconisa7ons du fabricant. Toutefois, ces garrots u7lisent en majorité le même principe de pose :

* + - se munir du matériel nécessaire ;
    - glisser la sangle du garrot autour du membre ;
    - posi7onner le disposi7f correctement :
      * à quelques cen7mètres de la plaie ;
* entre la plaie et la racine du membre, au-­‐ dessus du coude ou du genou ;
* jamais sur une ar7cula7on.
  + ﬁxer la sangle en la passant dans la boucle prévue à cet eﬀet aﬁn que le garrot entoure le membre ;
  + ac7onner le disposi7f de serrage jusqu’à l’obten7on de l’arrêt du saignement ;
  + bloquer le disposi7f de serrage pour que le garrot ne *lâche* pas brutalement ;
  + laisser le garrot toujours visible. Ne jamais le recouvrir ;
  + noter l’heure de pose du garrot aﬁn de pouvoir la communiquer aux personnes assurant le relais dans la prise en charge de la vic7me.

##### Garrot improvisé

* + Se munir du matériel nécessaire ;
    - faire, avec le lien large, deux tours autour du membre, en le posi7onnant correcte-­‐ ment :
    - à quelques cen7mètres de la plaie ;
    - entre la plaie et la racine du membre, au-­‐ dessus du coude ou du genou ;
    - jamais sur une ar7cula7on.
  + faire un nœud ;
  + placer au-­‐dessus du nœud le bâton ;
  + faire deux nouveaux nœuds, au-­‐dessus du bâton ;
  + tourner le bâton aﬁn de serrer le garrot jusqu’à l’obten7on de l’arrêt du saignement ;
  + entourer, avec le lien large restant, le membre, en englobant le bâton aﬁn qu’il soit ﬁxé et que le garrot ne se desserre pas ;
  + réaliser un dernier nœud de main7en ;
  + laisser le garrot toujours visible. Ne jamais le recouvrir ;
  + noter l’heure de pose du garrot aﬁn de pouvoir la communiquer aux personnes assurant le relais dans la prise en charge de la vic7me.

#### Risques & contraintes

Le garrot supprime totalement la circula7on du sang dans le segment de membre concerné. Il doit être posé en respectant scrupuleusement les indica7ons ci-­‐ dessus.

Dans certains cas, le garrot ne peut être installé : plaie du cou, plaie ou sec7on de membre qui siège trop près de sa racine (pli de l’aine, creux axillaire). Il est alors nécessaire de maintenir une compression manuelle locale qui reste la seule solu7on.

Une fois le garrot posé, il ne doit être desserré que sur ordre d’un médecin.

#### Evaluation

Le garrot est eﬃcace si le saignement est arrêté.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 L 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Libération des voies aériennes chez une victime assise

#### Indication

La libéra7on des voies aériennes (LVA) est réalisée chez toute vic7me ayant perdu connaissance, assise tête penchée en avant et présentant des signes d’obstruc7on des voies aériennes.

#### Justification

Une vic7me ayant perdu connaissance en posi7on assise (en par7culier dans un véhicule), peut présenter des signes d’obstruc7on des voies aériennes. Si la tête est penchée en avant, la paroi postérieure du pharynx vient s’appliquer contre la base de la langue et empêche le libre passage de l’air.

CeFe technique est souvent suﬃsante pour maintenir correctement la tête dans l’axe du tronc et pour rétablir la liberté des voies aériennes.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

* + - Se placer à côté de la tête de la vic7me en restant à l’extérieur du véhicule pour des raisons de sécurité (airbag ou autre) ;
    - ouvrir la porte du véhicule ou passer les avant-­‐ bras par la fenêtre du véhicule ;
  + saisir la tête de la vic7me à deux mains :
    - placer une main en arrière de la tête, juste au-­‐dessus de la nuque ;
    - glisser l’autre main sous le menton de la vic7me ;
  + ramener la tête en posi7on neutre, dans l’axe du tronc, en exerçant une légère trac7on vers le haut.

CeFe trac7on douce permet de délester le rachis cervical du poids de la tête de la vic7me.

* + apprécier la respira7on de la vic7me :
    - maintenir ceFe posi7on jusqu’à la réalisa7on d’un main7en tête, si la vic7me respire ;
    - réaliser les gestes de secours qui s’imposent, si la vic7me ne respire pas.

#### Risques & contraintes

La LVA doit être réalisée avec précau7on pour éviter toute aggrava7on d’un trauma7sme du rachis cervical.

#### Evaluation

La libéra7on des voies aériennes est eﬃcace si :

* + la respira7on de la vic7me peut s’eﬀectuer normalement ;
  + la ven7la7on ar7ﬁcielle permet un soulève-­‐ ment de la poitrine, en présence d’une vic7me qui ne respire pas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 L 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Libération des voies aériennes chez une victime non traumatisée

#### Indication

La libéra7on des voies aériennes (LVA) par bascule prudente de la tête en arrière et éléva7on du menton est réalisée chez toute vic7me ayant perdu connaissance, non suspecte d’un trauma7sme du rachis, avant d’apprécier sa respira7on.

#### Justification

La perte de connaissance provoque une forte diminu7on du tonus musculaire qui entraîne, si la vic7me reste allongée sur le dos, une obstruc7on des voies aériennes par chute de la langue en arrière. Chez le nourrisson, du fait de son anatomie, le phénomène est aggravé par le fait que la tête est ﬂéchie vers l’avant.

La LVA par bascule prudente de la tête en arrière et

* + - placer deux ou trois doigts de l’autre main, juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l’os et non dans la par7e molle.

Il est possible de s’aider du pouce pour saisir le menton ;

* + - ramener délicatement la tête en posi7on neutre dans l’axe du corps, si nécessaire ;
    - basculer doucement la tête en arrière en appuyant légèrement sur le front tout en levant le menton.
* ouvrir la bouche de la vic7me avec la main qui 7ent le menton ;
* re7rer les éventuels corps étrangers visibles à l’intérieur de la bouche de la vic7me avec la main qui était sur le front, y compris les prothèses dentaires décrochées, sans toucher à celles qui sont restées en place.

éléva7on du menton permet de dégager la langue de la

paroi postérieure du pharynx et la libre circula7on de l’air. Chez le nourrisson, du fait de son anatomie, ce mouvement doit se limiter à ramener la tête en posi7on neutre aﬁn de ne pas entraîner une obstruc7on des voies aériennes.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### Nourrisson

La technique de libéra7on des voies aériennes est iden7que à celle u7lisée chez l’adulte et l’enfant mais la bascule doit se limiter à ramener sa tête en posi7on neutre.

#### Risques & contraintes

La LVA chez toute vic7me ayant perdu connaissance, non suspecte d’un trauma7sme, est un geste salvateur qui nécessite cependant une réalisa7on avec précau7on, aﬁn d’éviter toute aggrava7on d’un trauma7sme cervical méconnu.

##### Adulte ou enfant

* + Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respira7on ;
  + basculer doucement la tête de la vic7me en arrière et élever le menton. Pour cela :
    - Placer la paume de la main du sauveteur, côté tête, sur le front de la vic7me ;

#### Evaluation

La libéra7on des voies aériennes est eﬃcace si :

* la respira7on de la vic7me peut s’eﬀectuer normalement ;
* la ven7la7on ar7ﬁcielle permet un soulève-­‐ ment de la poitrine, en présence d’une vic7me qui ne respire pas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 L 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Libération des voies aériennes chez une victime traumatisée

#### Indication

La libéra7on des voies aériennes (LVA) par simple éléva7on du menton est réalisée chez toute vic7me ayant perdu connaissance, suspecte d’un trauma7sme du rachis.

#### Justification

La perte de connaissance provoque une forte diminu7on du tonus musculaire qui entraîne, si la vic7me reste allongée sur le dos, une obstruc7on des voies aériennes par chute de la langue en arrière.

La LVA par éléva7on du menton seul permet le dégagement de la langue de la paroi postérieure du pharynx sans mobilisa7on du rachis cervical.

CeFe technique, plus diﬃcile à réaliser que la bascule de la tête en arrière, permet néanmoins la libre circula7on de l’air.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

En même temps que l’on main7ent la tête à deux mains :

* placer l’index ou le majeur de chaque main derrière l’angle de la mâchoire et sous les oreilles de la vic7me ;
* ouvrir la bouche avec les pouces placés sur le menton en poussant vers l’avant la mâchoire inférieure ;
* maintenir ceFe posi7on pour permeFre le libre passage de l’air dans les voies aériennes.

#### Risques & contraintes

La LVA doit être réalisée avec précau7on pour éviter toute aggrava7on d’un trauma7sme du rachis cervical.

#### Evaluation

La libéra7on des voies aériennes est eﬃcace si :

* la respira7on de la vic7me peut s’eﬀectuer normalement ;
* la ven7la7on ar7ﬁcielle permet un soulève-­‐ ment de la poitrine, en présence d’une vic7me qui ne respire pas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Mise en place d’une canule oro-pharyngée

#### Indication Réalisation

La mise en place d’une canule oro-­‐pharyngée est

autorisée si la vic7me présente un arrêt cardiaque et que le secouriste a des diﬃcultés à maintenir les voies aériennes de la vic7me libres pour réaliser une ven7la7on ar7ﬁcielle à l’aide d’un masque et d’un insuﬄateur manuel.

Une équipe médicale peut meFre en place une canule oro-­‐pharyngée dans d’autres circonstances.

#### Justification

La mise en place d’une canule oro-­‐pharyngée permet :

* + d’éloigner la base de la langue de la paroi postérieure du pharynx lorsque la bascule de la tête en arrière et l’avancée de la mandibule ne suﬃsent pas à assurer la liberté des voies aériennes supérieures ;
  + de faciliter le passage des gaz vers la trachée lors de l’insuﬄa7on.

#### Matériel

La canule est en plas7que et comprend :

* + Une collereFe qui se place au contact des lèvres de la vic7me et qui facilite son main7en en place ;
  + Une par7e droite, courte et renforcée, qui vient entre les dents pour éviter un écrasement ;
  + Une par7e courbe et longue qui épouse la forme de la base de la langue et vient se placer au-­‐dessus et en arrière de celle-­‐ci pour l’empêcher de s’aﬀaisser sur la paroi postérieure du pharynx.

Il existe plusieurs tailles, essen7ellement enfant, pe7t et grand adulte.

La canule oro-­‐pharyngée est à usage unique.

##### Chez l’adulte

* Choisir une canule adaptée à la vic7me ;

La canule doit avoir une taille égale à la distance de la commissure labiale à l’angle de la mandibule.

* ouvrir la bouche de la vic7me avec une main et maintenir la mandibule vers l’avant ;
* introduire la canule dans la bouche de la vic7me, concavité vers le nez, jusqu'à ce que l’extrémité buFe contre le palais.

Il faut prendre soin de ne pas entraîner la langue en arrière.

* Eﬀectuer une rota7on de la canule de 180° tout en con7nuant de l’enfoncer doucement dans la bouche, jusqu'à ce que la collereFe se trouve au contact des lèvres.

La canule maintenant la bouche ouverte, il est parfois nécessaire d’u7liser un masque d’insuﬄa7on d’une taille supérieure à celle u7lisée avant la mise en place de celle-­‐ci.

##### Chez l’enfant, le nourrisson ou le nouveau-né

* Ouvrir la bouche de la vic7me avec une main et maintenir la mandibule vers l’avant ;
* Introduire la canule dans la bouche de la vic7me, concavité vers le menton, en prenant soin de ne pas entraîner la langue en arrière ;
* Enfoncer doucement la canule dans la bouche, jusqu'à ce que la collereFe se trouve au contact des lèvres.

#### Risques & contraintes

Une mise en force de la canule peut entraîner des lésions (plaies) de la bouche de la vic7me, dont le saignement provoque l’encombrement des voies aériennes.

Mise en place chez une vic7me qui n’est pas en arrêt cardiaque, elle peut être à l’origine de vomissements et d’inhala7on de vomissures qui compromeFent la survie de la vic7me.

#### Evaluation

La mise en place d’une canule oro-­‐pharyngée est correcte si :

* + la collereFe arrive au contact des lèvres et y reste sans forcer ;
  + la ven7la7on ar7ﬁcielle est facilitée après la pose.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Pansement compressif

#### Indication

Le pansement compressif est indiqué pour relayer une compression manuelle eﬃcace, lorsque la localisa7on le permet.

#### Justification

La pose d’un pansement compressif permet de libérer le secouriste tout en maintenant une pression suﬃsante sur la plaie qui saigne pour arrêter l’hémorragie.

#### Matériel

Soit :

* + un paquet de plusieurs compresses ou un pansement « américain » et une bande élas7que adhésive ou auto-­‐agrippante ;
  + un coussin hémosta7que : pansement individuel comprenant un tampon de mousse, une compresse stérile et une bande élas7que ;
  + un pansement compressif d’urgence, qui con7ent dans le même emballage une bande élas7que équipée d’un tampon de gaze, une langueFe de main7en (applicateur de pression) et un élément de fermeture en plas7que.

L’élas7cité de la bande est un élément important si l’on veut obtenir une pression suﬃsante pour maintenir l’arrêt du saignement.

#### Réalisation

##### En règle générale

* + Placer le pansement sur la plaie ;

Si une compression manuelle a déjà été réalisée, la subs7tu7on de celle-­‐ci par le pansement compressif doit être la plus rapide possible.

* + réaliser un bandage serré recouvrant complètement le pansement.

La pression doit être suﬃsante et éviter la reprise du saignement.

##### Dans le cas d’un pansement compressif d’urgence

* Ouvrir l’emballage ;
* re7rer le pansement de l’emballage sous vide ;
* appliquer la compresse sur la blessure et réaliser un tour ;
* passer le bandage élas7que dans la langueFe de main7en en plas7que (applicateur de pression) ;
* tendre le bandage élas7que en le ramenant en sens inverse, en 7rant la langueFe de main7en en plas7que vers le bas ;
* enrouler le bandage en le serrant sur la compresse ;
* ﬁxer l’élément de fermeture (langueFe) à une des couches du bandage élas7que à l’aide des crochets.

#### Risques & contraintes

Le pansement compressif peut être moins eﬃcace qu’une compression manuelle. Il est constaté alors une reprise du saignement au travers du pansement (suintement de sang). Il faut réaliser un autre pansement sur le premier aﬁn d’augmenter la compression. Si ce n’est toujours pas eﬃcace, reprendre la compression manuelle par dessus.

La compression doit être suﬃsante pour arrêter l’hémorragie. Si la vic7me se plaint d’une douleur importante à l’extrémité du membre ou si celle-­‐ci devient froide, engourdie ou violacée (couleur du lit de l’ongle), demander un avis médical rapidement.

Certaines localisa7ons ne permeFent pas de comprimer suﬃsamment l’endroit qui saigne (cou, thorax, abdomen). Si l’on est dans l’impossibilité de réaliser ce pansement, la compression manuelle sera maintenue.

#### Evaluation

Le pansement compressif est eﬃcace si le saignement est arrêté.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 U 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Utilisation d’un défibrillateur automatisé externe

#### Indication

L’u7lisa7on du déﬁbrillateur automa7sé externe (DAE) est indiquée chez toute vic7me en arrêt cardiaque.

#### Justification

L’u7lisa7on du DAE peut permeFre une déﬁbrilla7on précoce et améliorer de façon signiﬁca7ve les chances de survie de la vic7me.

#### Matériel

Les DAE se dis7nguent en deux catégories :

* + les déﬁbrillateurs en7èrement automa7ques (DEA) ;
  + les déﬁbrillateurs semi-­‐automa7ques (DSA ).

Le DAE est un appareil qui permet :

* + d’analyser l’ac7vité électrique du cœur de la vic7me ;
  + de reconnaître une anomalie grave du fonc7onnement du coeur à l’origine de l’arrêt cardiaque ;
  + de délivrer, dans le cas d’un DEA, ou d’inviter à délivrer, dans le cas d’un DSA, au travers du thorax de la vic7me, une quan7té d'énergie d'origine électrique (choc électrique) aﬁn de synchroniser l’ac7vité électrique cardiaque.

##### Le défibrillateur automatisé externe

Le DAE est un appareil ﬁable car il est :

* + sensible : il reconnaît les rythmes devant être choqués ;
  + spéciﬁque : il n’invite pas à choquer un rythme non indiqué.

Il se compose :

* + d’un écran d’état de fonc7onnement ;
  + d’un haut-­‐parleur qui donne des messages sonores et guide le secouriste dans son ac7on ;
* d’un accumulateur d’énergie qui permet de délivrer un ou plusieurs chocs électriques ;
* d’un bouton qui permet de réaliser à la demande un choc électrique, s’il s’agit d’un DSA.

##### Les accessoires

Le DAE est équipé des accessoires suivants :

* un module mémoire pour mémoriser les évènements essen7els (ECG de la vic7me, manipula 7 ons faites, heure, date et déﬁbrilla7ons réalisées) et permet d’éditer un rapport d’interven7on ;
* des électrodes de déﬁbrilla7on à usage unique permeFant de :
  + capter et transmeFre l’ac7vité électrique cardiaque à l’analyseur du déﬁbrillateur ;
  + délivrer le choc électrique s’il est indiqué. Les électrodes sont contenues dans un emballage hermé7que.

Elles sont autocollantes et recouvertes sur une face d’un gel qui facilite le passage du courant tout en diminuant le risque de brûlure.

Deux paires d’électrodes doivent être à disposi7on avec le déﬁbrillateur. Elles ne doivent jamais être pliées.

* de câbles de connexion pour relier les électrodes au DAE. Suivant le modèle, le câble peut être pré-­‐connecté aux électrodes et à usage unique ;
* d’une paire de ciseaux pour couper les vêtements et dénuder la poitrine de la vic7me ;
* de compresses ou du papier absorbant pour sécher la peau de la vic7me si nécessaire et améliorer le contact avec la surface géliﬁée de l’électrode ;
* d’un rasoir jetable pour raser les poils si nécessaire.

Le tout est contenu dans une housse de transport.

#### Mise en œuvre

La mise en œuvre du DAE s’eﬀectue en cinq étapes :

##### Mise en marche de l’appareil

* + Ouvrir la housse de transport ;

Certains appareils ont un capot protecteur qui, à son ouverture, met en fonc7on l’appareil.

* + appuyer sur le bouton marche/arrêt du déﬁbrillateur.

Dès que l’appareil est mis en marche :

* + un test d’auto-­‐contrôle est réalisé ;
  + un son se fait entendre et alerte de la mise en fonc7on ;
  + une voix guide le secouriste dans les diﬀérentes étapes.

##### Connexion des électrodes

Le DAE demande de meFre en place les électrodes et de les connecter. Pour cela :

* + enlever ou couper les vêtements recouvrant la poitrine de la vic7me ;
  + sécher la poitrine si celle-­‐ci est humide ;
  + raser la poitrine si elle est par7culièrement velue, à l’endroit où l’on pose les électrodes ;

L’analyse réalisée par le déﬁbrillateur permet de reconnaître les rythmes cardiaques qui nécessitent un choc électrique. Si tel est le cas, le déﬁbrillateur se charge automa7quement et un son se fait entendre.

##### Délivrance du choc

Le DAE annonce qu’un choc est indiqué et demande de se tenir à distance de la vic7me.

Si un choc est nécessaire, l’appareil l’indique clairement. Il faut alors :

* écouter et respecter les recommanda7ons sonores de l’appareil ;

Lorsque l’appareil annonce « écartez-­‐vous ! », veiller à ce que personne ne touche la vic7me.

* appuyer sur le bouton pour choquer, si l’appareil le demande (cas du DSA) ;

Dans le cas contraire, laisser l’appareil délivrer le choc électrique (cas de DEA).

* reprendre immédiatement les manœuvres de réanima7on après la délivrance du choc.

##### Arrêt de l’appareil

Eteindre l’appareil et re7rer les électrodes de déﬁbrilla7on uniquement à la demande du médecin des services de secours médicalisés. Pour cela :

* Appuyer sur le bouton marche/arrêt ou refermer le capot de l’appareil.
  + sor7r les électrodes de leur emballage, enlever

la pellicule de protec7on ;

* + coller les électrodes sur la poitrine nue de la vic7me, conformément au schéma visible sur les électrodes ou sur leur emballage :
    - l’une juste au-­‐dessous de la clavicule droite, contre le bord droit du sternum ;

#### Risques & contraintes

Correctement u7lisé le DAE ne présente aucun risque pour le secouriste et augmente les chances de survie de la vic7me en AC. Toutefois, des précau7ons d’u7lisa7on doivent être prises dans certaines circonstances.

* + - l’autre sur le côté gauche du thorax, 5 à 10

cm au-­‐dessous de l’aisselle gauche.

Les électrodes doivent adhérer correctement à la peau.

* + connecter le câble au déﬁbrillateur, s’il n’est pas déjà pré-­‐connecté.

##### Analyse du rythme cardiaque

Le DAE lance l’analyse du rythme cardiaque et demande de ne pas toucher la vic7me. A ce moment-­‐là :

* + Arrêter les manœuvres de réanima7on ;
  + cesser de toucher la vic7me quand l’appareil le demande.

##### Précautions particulières

* La déﬁbrilla7on chez l’enfant et le nourrisson doit être réalisée avec des électrodes adaptées ou un réducteur d’énergie, ce qui permet de diminuer l’énergie délivrée au moment du choc. Si l’on ne dispose pas d’électrodes

« enfant », le déﬁbrillateur sera u7lisé avec les électrodes « adulte ».

Chez l’enfant, les électrodes sont placées comme chez l’adulte, en respectant les recommanda7ons du fabricant (schéma sur l’enveloppe des électrodes ou sur les électrodes elles-­‐mêmes). Toutefois, si le secouriste est amené à u7liser des électrodes

adulte chez un enfant ou un nourrisson, aﬁn d’éviter que les deux électrodes n’entrent en contact, il placera une électrode dans le dos, entre les deux omoplates et l’autre devant au milieu du thorax.

* + La vic7me peut être porteuse d’un s7mulateur cardiaque ou d’un déﬁbrillateur implantable dont le boî7er est situé sous la peau, parfois sous la clavicule droite. Ce boî7er est reconnaissable par le secouriste car il existe une cicatrice cutanée, une « bosse » sous la clavicule droite et une masse dure est perçue, à travers la peau. Si l’électrode est collée au dessus du boî7er, l’eﬀet du choc électrique est considérablement diminué, le DAE peut ne pas détecter un fonc7onnement anarchique du cœur et le s7mulateur ou le déﬁbrillateur implantable peuvent être altérés.

Le secouriste doit coller l’électrode droite à 8 cm (un travers de main) du disposi7f médical implantable.

* + Délivrer un choc à une vic7me allongée sur une surface mouillée diminue son eﬃcacité car l’eau est conductrice de l’électricité. Le secouriste doit dégager la vic7me et l’installer sur une surface sèche.
  + La présence de matériel ou de gaz hautement inﬂammable (butane, vapeurs d’essence) ou explosif peut faire craindre la survenue d’un incendie ou d’une explosion lors de la déﬁbrilla7on.

Le secouriste doit :

* + - dégager la vic7me du milieu toxique ou inﬂammable en urgence ;
    - poursuivre la procédure quand la vic7me se trouve en lieu sûr.
  + La vic7me peut être porteuse d’un 7mbre autocollant qui permet la diﬀusion d’un médicament à travers la peau. Le choc peut être ineﬃcace ou provoquer une brûlure de la vic7me si l’électrode de déﬁbrilla7on est collée sur le 7mbre. Le secouriste doit re7rer le 7mbre et essuyer la zone avant de coller l’électrode.
  + Si l’on délivre un choc électrique à une vic7me allongée sur une surface en métal ou qui conduit l’électricité (pont d’un bateau, terrasse en tôles métalliques, plaques d’égouts), l’eﬃcacité du choc peut être diminuée car le passage de l’électricité peut être dévié vers le sol et ne plus traverser le cœur.

Aﬁn de rendre le choc eﬃcace, les secouristes doivent essayer de supprimer rapidement tout

contact de la vic7me avec une surface métallique ou conductrice dans la mesure où cela ne retardera pas la réalisa7on d’un choc. Pour cela, ils peuvent la 7rer sur le sol vers une zone non conductrice ou glisser un isolant sous elle.

* + - Bien qu’il n’existe aucun accident décrit de l’usage des DAE avec des électrodes adhésives et l’oxygène administré à la vic7me, il est toutefois recommandé de maintenir à environ un mètre de la vic7me tout disposi7f d’admi-­‐ nistra7on d’oxygène (masque d’inhala7on ou insuﬄateur manuel alimenté en oxygène).

##### Anomalies de fonctionnement

Il est possible qu’en cours d’u7lisa7on, le déﬁbrillateur présente des dysfonc7onnements.

Les problèmes envisagés ici ne sont pas limita7fs car ils dépendent souvent du type d’appareil u7lisé.

Il est fortement recommandé à tous les u7lisateurs de déﬁbrillateur de se référer au chapitre « dysfonc7on-­‐ nements de l’appareil » du guide d’u7lisateur livré avec le déﬁbrillateur.

Le déﬁbrillateur vous demande de connecter les électrodes lorsque :

* + - la connexion au déﬁbrillateur est inadéquate ;
    - les électrodes n’adhèrent pas correctement à la peau de la vic7me ;
    - les électrodes sont sèches, endommagées ou la date d’expira7on est passée.

Dans ce cas, il convient :

* + - de vériﬁer que le câble des électrodes est correctement inséré dans le déﬁbrillateur ;
    - d’appuyer fermement sur les électrodes pour améliorer le contact ;
    - de neFoyer, raser et sécher la peau de la vic7me avant de remplacer les électrodes, si les opéra7ons précédentes n’étaient pas suﬃsantes.

Le déﬁbrillateur détecte un mouvement pendant l’analyse. Ce mouvement peut provenir :

* + - de mouvements de la vic7me ;
    - d’inspira7ons agoniques ;
    - d’interférences électriques ou de radio-­‐ fréquences ;
    - des mouvements du véhicule.

Dans ce cas, il convient :

* + d’arrêter toute RCP pendant l’analyse et de s’assurer que personne ne touche la vic7me ;
  + de ne pas u7liser le déﬁbrillateur en cours de brancardage ou lorsque que le véhicule roule ;
  + de s’assurer que la vic7me est immobile ;
  + de meFre les appareils de transmission mobiles ou autres appareils suspectés à l’écart du déﬁbrillateur.

La charge du déﬁbrillateur, avant la délivrance du choc électrique, s’interrompt si :

* + une électrode se déconnecte de la vic7me ;
  + le câble des électrodes se déconnecte du déﬁbrillateur ;
  + la pression sur le bouton de délivrance du choc n’a pas lieu dans les quinze secondes environ après la ﬁn de la charge ;
  + l’état de la vic7me change et le rythme cardia-­‐ que ne nécessite plus un choc électrique.

Dans ce cas, il convient de vériﬁer les électrodes et la connexion du câble.

##### Consignes d’entretien

Le DAE doit toujours être en bon état de marche, vériﬁé et immédiatement disponible. Il doit être installé dans un endroit accessible avec l’ensemble de ses accessoires.

Les DAE réalisent des autotests à intervalles réguliers lors de la mise en place de l’accumulateur et lors de leur mise en marche. Un signal lumineux indique tout dysfonc7onnement.

Des vériﬁca7ons périodiques du DAE permeFent de s’assurer de son bon état de fonc7onnement.

Avant chaque u7lisa7on, il convient de vériﬁer que :

* + le DAE a réalisé correctement ses autotests (absence d’indica7on de dysfonc7onnement interne) ;
  + l’appareil ne présente aucun dommage externe

;

* + le module externe ou la carte mémoire est correctement installé ;
  + la baFerie est chargée (baFerie rechargeable) et installée correctement ;
  + les électrodes ne sont pas arrivées à péremp7on ;
  + tous les accessoires nécessaires à la réalisa7on de la DAE accompagnent l’appareil.

Après chaque u7lisa7on, le DAE doit être remis en état, neFoyé et vériﬁé. Pour cela, il convient de :

* s’assurer que les données en mémoire ont été sauvegardées sur un ordinateur ou imprimées en respectant les procédures de l’organisme ou de l’associa7on ;
* neFoyer le boî7er du DAE à l’aide d’un chiﬀon ou d’une servieFe, en u7lisant des produits neFoyants ou désinfectants conformément aux recommanda7ons du fabricant (voir mode d’emploi) ;
* laisser sécher l’appareil avant de le remeFre dans sa housse ;
* si le DAE est équipé d’un accumulateur rechargeable, le changer systéma7quement puis meFre en charge l’accumulateur u7lisé ;
* remplacer le matériel u7lisé (électrodes, rasoir, compresses ou papier absorbant) et le meFre dans la housse de l’appareil ;
* replacer le DAE en posi7on de stockage.

Avant d’u7liser pour la première fois un DAE, il convient de prendre connaissance des recommanda7ons du fabricant indiquées sur le mode d’emploi.

En aucun cas, il ne faut modiﬁer la conﬁgura7on et les préréglages eﬀectués par le médecin responsable de l’appareil.

Les baFeries du déﬁbrillateur sont remplacées lorsque :

* l’appareil demande de remplacer la baFerie ;
* l’aﬃchage sur l’écran est faible ou clignote ;
* les invites vocales sonores sont faibles ou peu claires ;
* le déﬁbrillateur s’éteint ou ne s’allume pas.

Si l’heure ou la date aﬃchée ou imprimée est incorrecte, prévenir le responsable de l’appareil pour modiﬁer les paramètres du déﬁbrillateur automa7sé.

Si l’u7lisa7on de l’appareil devient impossible, il est indispensable de meFre le déﬁbrillateur hors service et de prévenir le responsable de l’appareil pour contacter un technicien agréé pour assurer sa répara7on.

Chaque fois que le DAE est u7lisé, des données comme l’électrocardiogramme, l’heure de survenue des analyses, des chocs sont mises en mémoire par l’appareil. Elles permeFent au médecin responsable de l’u7lisa7on du DAE une analyse rétrospec7ve de l’interven7on, le recueil des données complémentaires et des analyses sta7s7ques des interven7ons avec u7lisa7on du DAE.

En fonc7on du modèle de l’appareil, ces données, stockées dans une mémoire interne ou externe ou sur une carte informa7que, doivent être sauvegardées par transfert sur une imprimante ou sur un ordinateur directement ou indirectement (modem, transmission ﬁlaire ou par GSM).

#### Evaluation

Correctement u7lisé le DAE permet de délivrer un choc électrique externe à toute personne en arrêt cardiaque par fonc7onnement anarchique du cœur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 V 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Ventilation artificielle par une méthode orale

#### Indication

La ven7la7on ar7ﬁcielle est nécessaire, après libéra7on les voies aériennes, en présence d’une vic7me :

* + en arrêt respiratoire ;
  + présentant une respira7on anormale (gasps) et dont la fréquence respiratoire est inférieure ou égale à six mouvements par minute.

#### Justification

La ven7la7on ar7ﬁcielle par une méthode orale permet d’apporter de l’air aux poumons d’une vic7me en l’absence de matériel de ven7la7on ar7ﬁcielle.

Ces méthodes orales permeFent au secouriste d’insuﬄer directement à la vic7me l’air qu’il expire et dont la part résiduelle d’oxygène est suﬃsante pour assurer l’eﬃcacité de la technique.

Si l’arrêt de la respira7on vient de se produire, ceFe technique peut favoriser la reprise de la respira7on.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

La vic7me est préalablement installée en posi7on horizontale et sur le dos.

##### Chez l’adulte ou l’enfant

* + basculer la tête de la vic7me en arrière comme pour la technique de libéra7on des voies aériennes ;
  + pincer le nez de la vic7me entre le pouce et
* inspirer, sans excès ;
* appliquer la bouche largement ouverte autour de la bouche de la vic7me en appuyant fermement ;
* insuﬄer progressivement jusqu’à ce que la poitrine de la vic7me commence à se soulever (durant une seconde environ) ;
* se redresser légèrement aﬁn de :
  + reprendre son souﬄe ;
  + vériﬁer l’aﬀaissement de la poitrine de la vic7me (expira7on passive) ;
  + insuﬄer une seconde fois dans les mêmes condi7ons.

La durée de réalisa7on de ces deux insuﬄa7ons successives ne doit pas excéder cinq secondes.

Si le ventre ou la poitrine de la vic7me ne se soulève pas lors des insuﬄa7ons :

* s’assurer que la tête de la vic7me est en bonne posi7on et que son menton est élevé ;
* s’assurer qu’il n’y pas de fuite d’air lors de l’insuﬄa7on ;
* rechercher la présence d’un corps étranger dans la bouche. Le re7rer avec les doigts, si il est accessible.

##### Chez le nourrisson ou le nouveau-né

La technique est sensiblement la même que pour l’adulte ou l’enfant. Toutefois, il convient de :

* placer la tête du nourrisson en posi7on neutre, menton élevé ;
* entourer sa bouche autour de la bouche et du nez de la vic7me ;
* insuﬄer des volumes d’air sensiblement moindres que pour l’enfant.

l’index, tout en maintenant la bascule en

arrière de la tête avec la main qui est placée sur le front ;

* + ouvrir légèrement la bouche de la vic7me en u7lisant l’autre main et maintenir le menton élevé ;

#### Risques

Une insuﬄa7on trop rapide ou d’un volume d’air trop important peut entraîner un passage de l’air dans l’estomac et secondairement une régurgita7on de son

contenu. Ceci est plus fréquent chez l’enfant et le nouveau-­‐né qui ont besoin de volumes d’air beaucoup moins importants que l’adulte.

Une régurgita7on de liquide de l’estomac dans les voies aériennes de la vic7me entraîne un encombrement de celles-­‐ci et compromet les manœuvres de réanima7on et la survie de la vic7me.

#### Evaluation

L’eﬃcacité de la technique est jugée sur l’obten7on d’un début de soulèvement de la poitrine de la vic7me, lors de chaque insuﬄa7on.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 04 V 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Ventilation artificielle par un insufflateur manuel

#### Indication

La ven7la7on ar7ﬁcielle est nécessaire, après libéra7on des voies aériennes, en présence d’une vic7me :

* + en arrêt respiratoire ;
  + présentant une respira7on anormale (gasps) et dont la fréquence respiratoire est inférieure ou égale à six mouvements par minute.

#### Justification

La ven7la7on ar7ﬁcielle par un insuﬄateur manuel permet d’apporter de l’air, éventuellement enrichi en oxygène, aux poumons d’une vic7me. CeFe technique est sans risque pour le secouriste et moins fa7gante qu’une ven7la7on ar7ﬁcielle orale.

#### Matériel

* + insuﬄateur manuel à ballon auto-­‐remplisseur ;
  + masque d’insuﬄa7on.

##### Description du matériel

L’insuﬄateur manuel se compose :

* + d’un ballon auto-­‐remplisseur souple, élas7que, qui reprend automa7quement sa forme quand on cesse d’appuyer dessus.

Il existe, en fonc7on du volume du ballon, plusieurs modèles :

* + - adulte : 1.500 ml ;
    - pédiatrique : 600 ml ;
    - prématuré : 240 ml.
  + d’une valve d’admission d’air ou d’oxygène, qui empêche le retour du gaz contenu dans le ballon vers l’extérieur ;
  + d’un ballon réserve des7né à accumuler l’oxygène pendant l’insuﬄa7on ;
  + d’une valve séparatrice des gaz insuﬄés et des gaz expirés. Contenue dans une pièce en « T » ;

Elle oriente :

* + - les gaz frais du ballon vers la vic7me quand le secouriste appuie sur le ballon ;
    - les gaz expirés par la vic7me vers l’extérieur quand le secouriste relâche le ballon ;
* d’un disposi7f de raccordement à la vic7me (masque ou sonde d’intuba7on).

Le masque facial est des7né à être appliqué autour de la bouche et du nez de la vic7me. Habituellement translucide et de forme triangulaire chez l’adulte et l’enfant, ou circulaire chez le nourrisson, il est équipé d’un bourrelet des7né à assurer l’étanchéité entre le masque et la face de la vic7me. L’oriﬁce supérieur permet de raccorder le masque à la pièce en « T ».

Il existe trois à sept tailles de masque allant de l’adulte au nourrisson.

En l’absence d’u7lisa7on de matériel à usage unique, il faut meFre en place un ﬁltre an7bactérien entre la pièce séparatrice des gaz et le masque.

#### Réalisation

* choisir un ballon insuﬄateur et un masque adapté à la vic7me et les connecter entre-­‐eux par l’intermédiaire de la pièce en «T» ;
* se placer à la tête de la vic7me.

##### A un secouriste

* s’assurer de la bascule de la tête de la vic7me en arrière et maintenir d’une main la mâchoire inférieure élevée ;
* saisir de l’autre main l’ensemble ballon/ masque ;
* placer le masque sur le nez de la vic7me, en appliquant le sommet du triangle sur la racine du nez ;
* rabaFre la base du masque vers le menton pour appliquer son pourtour sur le visage de la vic7me ;
  + placer le pouce de la main sur le masque, au-­‐ dessus du nez de la vic7me ;
  + placer l’index sur la base du masque, au-­‐dessus de la lèvre inférieure de la vic7me ;
  + placer les autres doigts en crochet sous le menton et le 7rer vers le haut pour l’appliquer contre le masque et maintenir les VA de la vic7me libres ;
  + exercer une pression, vers le bas avec le pouce et l’index et vers le haut avec les autres doigts ;

Le main7en de la tête en arrière est réalisé par le mouvement du poignet de la main qui 7ent le masque.

CeFe saisie du masque et du menton sous forme de «pince» par la main du secouriste est l’élément essen7el qui permet d’assurer l’étanchéité du masque sur le visage de la vic7me tout en maintenant les VA libres.

* + empaumer le ballon dans la par7e centrale avec l’autre main ;
  + comprimer le ballon progressivement, durant une seconde environ ;
  + relâcher le ballon, dès que la poitrine se soulève, tout en con7nuant de maintenir le masque.

La poitrine de la vic7me s’abaisse alors que l’air sort de ses poumons.

Recommencer le cycle d’insuﬄa7ons aﬁn d’obtenir une ven7la7on ar7ﬁcielle eﬃcace.

Si, durant la ven7la7on ar7ﬁcielle, la vic7me présente un vomissement, il faut :

* + interrompre immédiatement la ven7la7on ;
  + tourner la vic7me sur le côté ;
  + dégager aux doigts les débris alimentaires solides et volumineux ;
  + aspirer les liquides de la bouche de la vic7me, si un aspirateur de mucosités est disponible ;
  + remeFre la vic7me sur le dos ;
  + reprendre la ven7la7on ar7ﬁcielle.

##### A deux secouristes

Préalablement :

* s’assurer de la bascule de la tête de la vic7me en arrière, menton 7ré vers le haut.

Dans un premier temps, le secouriste 1 s’assure de la mise en place du masque et de son main7en à deux mains. Pour cela, il doit :

* placer le masque sur le nez de la vic7me, en appliquant le sommet du triangle sur la racine du nez ;
* rabaFre le masque vers le menton pour appliquer son pourtour sur le visage de la vic7me ;
* placer le pouce sur le masque, au-­‐dessus du nez de la vic7me ;
* placer l’index sur la base du masque, au-­‐dessus de la lèvre inférieure de la vic7me ;
* placer les autres doigts en crochet sous le menton et le 7rer vers le haut pour l’appliquer contre le masque et maintenir les VA de la vic7me libres ;
* placer l’autre main de façon symétrique à la première ;
* exercer une pression, vers le bas avec les pouces et vers le haut avec les autres doigts.
* s’assurer de la bascule de la tête en arrière.

Dans un second temps, le secouriste 2 pra7que les insuﬄa7ons. Pour cela il doit :

* empaumer le ballon dans la par7e centrale d’une seule main ;
* comprimer le ballon progressivement, avec une seule main et durant une seconde environ ;
* relâcher le ballon, dès que la poitrine se soulève.

La poitrine de la vic7me s’abaisse alors que l’air sort de ses poumons.

Ensuite, recommencer le cycle d’insuﬄa7ons aﬁn d’obtenir une ven7la7on ar7ﬁcielle eﬃcace.

Si, durant la ven7la7on ar7ﬁcielle, la vic7me présente un vomissement, il faut :

* interrompre immédiatement la ven7la7on ;
* tourner la vic7me sur le côté ;
  + dégager aux doigts les débris alimentaires solides et volumineux ;
  + aspirer les liquides de la bouche de la vic7me, si un aspirateur de mucosités est disponible ;
  + remeFre la vic7me sur le dos ;
  + reprendre la ven7la7on ar7ﬁcielle.

##### Par l’intermédiaire d’une sonde d’intubation

L’insuﬄateur manuel peut être directement relié à une sonde d’intuba7on mise en place par un médecin. Le secouriste peut être amené à ven7ler une vic7me intubée à l’aide d’un insuﬄateur manuel.

Pour cela, il veille à ne pas mobiliser la sonde et respecte les recommanda7ons données par le médecin sur place.

#### Risques & contraintes

Une insuﬄa7on trop rapide ou un volume d’air trop important peut entraîner un passage de l’air dans l’estomac et secondairement une régurgita7on de son contenu. Ceci est plus fréquent chez l’enfant et le nouveau-­‐né qui ont besoin de volumes d’air moins importants que l’adulte.

Une régurgita7on de liquide de l’estomac dans les voies aériennes de la vic7me entraîne un encombrement de celles-­‐ci, compromet les manœuvres de réanima7on et la survie de la vic7me.

Les condi7ons d’entre7en et de stockage doivent être conformes aux préconisa7ons du fabricant.

#### Evaluation

L’eﬃcacité de la technique est jugée sur l’obten7on d’un début de soulèvement de la poitrine de la vic7me, lors de chaque insuﬄa7on.

## Gestes de soins

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **VERSION** | **MISE À JOUR** |
| FT | 05 | A | 01 | Administra7on d’oxygène par inhala7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | A | 02 | Aide à la prise de médicament | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | A | 03 | Applica7on de froid | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | E | 01 | Emballage au moyen d’un pansement stérile | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | M | 01 | Main7en d’un pansement | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | P | 01 | Pansement | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | U | 01 | U7lisa7on d’une bouteille d’oxygène | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 05 | U | 02 | U7lisa7on d'un lot *membre arraché ou sec(onné* | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Administration d’oxygène par inhalation

#### Indication

L’inhala7on d’oxygène est un enrichissement en oxygène de l’air inspiré par une vic7me.

L’inhala7on d’oxygène est nécessaire chez toute vic7me présentant une détresse avec fréquence respiratoire est supérieure à six mouvements par minute et dont la mesure de la satura7on pulsa7le en oxygène indique une valeur inférieure 94 %.

En l’absence de possibilité de mesure de la SpO2, l’inhala7on d’oxygène est systéma7que, si la vic7me présente une détresse vitale évidente ou sur indica7on médicale.

#### Justification

L’inhala7on d’oxygène entraîne une augmenta7on de la quan7té d’oxygène dans les poumons et augmente la quan7té d’oxygène transportée par le sang jusqu’aux 7ssus de l’organisme, notamment au niveau du cerveau.

#### Matériel

* + Bouteille d’oxygène ;
  + masque à inhala7on à «haute concentra7on» ; Le masque à haute concentra7on est un disposi7f d’administra7on d’oxygène sans ré-­‐

inspira7on (la vic7me n’inhale pas l’air qu’elle

expire).

Ce masque est muni d’un réservoir d’oxygène situé au-­‐dessous d’une valve an7-­‐retour qui empêche la vic7me de rejeter l’air expiré dans ce réservoir.

Il existe des modèles « adulte » et des modèles

« enfant ».

* + autres disposi7fs d’inhala7on : masque simple, luneFes…

#### Réalisation

* Ouvrir la bouteille d’oxygène ;
* relier le tuyau d’oxygène du masque au disposi7f de sor7e d’oxygène de la bouteille ;
* régler le débit ini7al à :
  + 9 l.min-­‐1 pour un adulte ;
  + 6 l.min-­‐1 pour un enfant ;
  + 3 l.min-­‐1 pour un nourrisson ;
* remplir le ballon réserve en obturant la valve du masque avec le doigt ;
* placer le masque à inhala7on sur le visage de la vic7me et ajuster le cordon élas7que derrière sa tête pour le maintenir en posi7on. Modeler éventuellement l'agrafe du nez pour l’ajuster ;
* augmenter progressivement le débit, si nécessaire, aﬁn que le réservoir reste rempli au moins à moi7é lorsque la vic7me inspire ;
* maintenir une SpO2 entre 94 et 98 %

En l’absence de saturomètre, se conformer à l’avis médical.

#### Risques & contraintes

L’administra7on d’oxygène peut provoquer une hyperoxie. Pour l’éviter, son administra7on par inhala7on est arrêtée dès que la mesure de la satura7on pulsa7le en oxygène est supérieure ou égale à 98 % ou sur indica7on du médecin régulateur.

#### Evaluation

Un enrichissement en oxygène de l’air inspiré par la vic7me doit entraîner un accroissement de la satura7on pulsa7le en oxygène et la maintenir dans les limites déﬁnies précédemment.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Aide à la prise de médicaments

#### Indication

CeFe ac7on ne peut être réalisée que si le médicament est prescrit à la vic7me. Elle est indiquée :

* déposer le comprimé auto-­‐sécable ou réaliser une pulvérisa7on de produit sous la langue ;
* demander à la vic7me de fermer la bouche et de ne pas avaler.
  + soit pour soulager, diminuer ou faire

disparaître une douleur qui est apparue au moment du malaise ou qui vient de s’aggraver ;

* + soit pour améliorer l’état respiratoire (crise d’asthme) ou circulatoire (réac7on allergique grave).

#### Justification

Certains médicaments ont un eﬀet rapide et très eﬃcace sur certains malaises ou l’aggrava7on brutale d’une maladie. Leur administra7on peut limiter ou

##### Administration d’un médicament par ingestion

* S’assurer que la vic7me ne présente aucun trouble de la conscience ;
* demander à la vic7me d’ouvrir la bouche et de 7rer la langue ;
* déposer le comprimé sur la langue de la vic7me si elle ne peut le faire elle même ;
* demander à la vic7me d’avaler le comprimé avec un peu d’eau.

retarder ceFe aggrava7on et prévenir la survenue d’une

détresse.

#### Matériel

Les médicaments administrés dans ce cadre le sont par inhala7on, par inges7on, par injec7on ou déposé sous la langue. Ils sont sous forme :

* + de gaz : c’est l’oxygène ;
  + d’aérosols (spray), parfois administrés par l’intermédiaire d’une chambre de mélange (ou d’inhala7on) ;
  + de comprimés ;
  + de seringue auto injectable.

#### Réalisation

##### Administration d’un médicament sous la langue

* + S’assurer que la vic7me ne présente aucun trouble de la conscience ;
  + demander à la vic7me d’ouvrir la bouche et de soulever la langue ;

##### Administration d’un médicament par inhalation

* Secouer vigoureusement le pulvérisateur plusieurs fois ;
* meFre en place le pulvérisateur au niveau de la chambre de mélange (ou d’inhala7on)1, si nécessaire ;
* enlever l’administra7on d’oxygène, si nécessaire ;
* demander à la vic7me de vider autant que possible l’air contenu dans ses poumons ;
* meFre les lèvres de la vic7me tout autour de l’embout buccal du pulvérisateur ;
* demander à la vic7me de comprimer le pulvérisateur tout en inspirant lentement, profondément et le plus longtemps possible avant de respirer de nouveau normalement ;
* replacer le masque à inhala7on d’oxygène, si nécessaire.

1 L’utilisation d’une chambre de mélange (ou d’inhalation) lors de l’administration d’un médicament par inhalation permet d’augmenter l’eﬃcacité de celui-ci.

De même, une inspiration longue lors de l’inhalation permet d’augmenter l’absorption du médicament.

##### Utilisation d’une seringue auto- injectable

* Re7rer les disposi7fs de protec7on de l’auto-­‐ injecteur ;
* placer l’extrémité de l’auto-­‐injecteur contre la face externe de la cuisse de la vic7me, à égale distance de la hanche et du genou ;
* maintenir fermement l’auto-­‐injecteur perpen-­‐ diculairement à la face externe de la cuisse ;
* presser le bouton déclencheur ;
* injecter complètement la dose, en laissant le disposi7f en posi7on durant dix secondes, avant de le re7rer ;

Si nécessaire, l’injec7on peut être faite au travers du 7ssu d’un vêtement si celui ci n’est pas très épais.

* masser légèrement le site d’injec7on ;
* placer l’auto-­‐injecteur dans un conteneur de recueil de DASRI.

Une seule injec7on est nécessaire, il convient de ne jamais la renouveler, sauf à la demande expresse d’un médecin.

#### Risques & contraintes

L’administra7on d’un médicament :

* ne peut être réalisée que si il est prescrit par un médecin sur place ou après avis de celui-­‐ci lors de la transmission du bilan ;
* peut entraîner des eﬀets secondaires dont l’appari7on impose la transmission d’un nouveau bilan pour avis médical.

Avant toute u7lisa7on d’un médicament, il convient de s’assurer que celui-­‐ci n’est pas périmé. La date de péremp7on est clairement inscrite sur la boîte ou le ﬂacon du médicament. En son absence ou si elle est dépassée, le médicament ne doit pas être administré.

Toute administra7on de médicament ainsi que les réac7ons de la vic7me à ceFe administra7on doivent être relevées et no7ﬁées par écrit sur la ﬁche d’interven7on.

#### Evaluation

L’administra7on du médicament améliore l’état de la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 A 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Application de froid

#### Indication

* chasser l’air en excédent1 7quement la poche ;

et fermer hermé-­‐

CeFe technique est indiquée chez une vic7me consciente qui présente :

* envelopper la poche dans un linge (servieFe, torchon) et l’appliquer sur la zone concernée.
  + un trauma7sme de membre y compris des

ar7cula7ons, en l’absence de plaie ;

* + une piqûre d’insecte.

#### Justification

L’applica7on de froid permet d’aFénuer la douleur et de limiter le gonﬂement.

#### Matériel

L’applica7on de froid peut être réalisée avec :

* + de l’eau mélangée à de la glace (en cubes ou pilée) ;
  + avec des compresses chimiques froides de diﬀérentes tailles.

Les bombes cryogènes sont réservées à l’usage médical.

#### Réalisation

L’applica7on de froid doit être la plus précoce possible et s’étendre au-­‐delà de la zone douloureuse.

La durée d’applica7on ne doit pas excéder vingt minutes. Elle peut être réduite de moi7é en cas d’inconfort causé à la vic7me.

##### En utilisant de l’eau et de la glace

* + remplir d’eau un sachet plas7que ou une vessie de glace et y ajouter des glaçons, de la glace pilée ou de la neige ;

##### En utilisant une compresse chimique

* générer le froid, conformément aux indica7ons du constructeur ;
* envelopper la poche dans un linge (servieFe, torchon) et l’appliquer sur la zone concernée.

#### Risques & contraintes

L’applica7on de froid est proscrite :

* sur une plaie ;
* chez une vic7me qui a perdu connaissance.

Une applica7on de froid prolongée peut provoquer :

* des réac7ons cutanées comme une rougeur ou une pâleur intense, l’appari7on de pe7tes cloques ;
* des gelures caractérisées par une peau

« cartonnée » quand on la touche.

Si tel est le cas, interrompre immédiatement l’applica7on de froid.

#### Evaluation

L’applica7on de froid entraîne une diminu7on de la douleur et du gonﬂement sans provoquer de désagréments pour la vic7me.

1 L’air est un excellent isolant. C’est pourquoi il convient de le chasser de la vessie ou du sac contenant la source de froid afin d’en améliorer l’eﬃcacité.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 E 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Emballage au moyen d’un pansement stérile

#### Indication

CeFe technique est indiquée pour protéger une plaie ou plusieurs plaies étendues ainsi que les brûlures graves.

#### Justification

L’emballage au moyen d’un pansement stérile accroit la protec7on de la zone lésée contre les souillures et permet de limiter la déperdi7on de chaleur.

#### Matériel

##### Le pansement stérile pour brûlures T*ype SSA*

Le pansement stérile pour brûlures du service de santé des armées (*Type SSA*), d’un format de 60 x 80 cm, présente :

* une face argentée alvéolée imprégnée de Métalline® qui se pose sur la brûlure ;
* quatre rubans permeFent de l’aFacher sur la vic7me.

##### Les draps et champs stériles

Les champs stériles sont des pièces de 7ssus de taille suﬃsante pour recouvrir des lésions étendues.

#### Réalisation

##### Avec un pansement stérile pour brûlures T*ype SSA*

* Ouvrir l’emballage en plas7que et sor7r la pocheFe papier ;
* ouvrir la pocheFe papier et sor7r le pansement stérile pour brûlés ;
* déplier le pansement en prenant soin de ne pas toucher la par7e argentée ;
* poser la face argentée alvéolée sur la brûlure ;
* aFacher le pansement à l’aide des rubans prévus à cet eﬀet.

##### Avec un drap ou un champ stérile

* Ouvrir l’emballage et sor7r le drap ou le champ stérile en le saisissant par ses extrémités ;
* déployer le drap ou le champ en 7rant dessus ;
* envelopper la lésion de la peau avec le drap ou le champ stérile en évitant que la par7e du drap qui recouvre la lésion ne touche le sol, les vêtements ou le secouriste ;
* maintenir le drap ou le champ à l’aide de ruban adhésif.

#### Risques & contraintes

La par7e du pansement, du drap ou du champ stérile entrant en contact avec la vic7me ne doit jamais être touchée par les doigts du sauveteur, même protégés par des gants.

La zone lésée doit être en7èrement recouverte.

Ne jamais toucher avec les doigts, même recouverts de

gants, la par7e du pansement qui entrera en contact avec la zone lésée.

#### Evaluation

La zone lésée est en7èrement recouverte par le pansement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Maintien d’un pansement

#### Indication

CeFe technique est indiquée aﬁn d’assurer le main7en d’un pansement non compressif sur une plaie.

#### Justification

Le main7en du pansement à l’aide d’un ﬁlet tubulaire évite tout phénomène de compression circulaire d’un membre et laisse à la vic7me sa liberté de mouvement.

Réalisé avec une bande, ce main7en accroît la protec7on contre les souillures extérieures.

#### Matériel

##### Les bandes de crêpe ou extensibles

Les bandes de crêpe ou les bandes extensibles sont les plus communément u7lisées. Elles sont de diﬀérentes largeurs.

##### Les filets de mailles tubulaires

Les ﬁlets de mailles tubulaires sont des cylindres de ﬁlet élas7que de diﬀérents diamètres adaptés à chaque par7e du corps.

#### Réalisation

##### Maintien à l’aide d’une bande

Après avoir posi7onné le pansement non compressif :

* + enrouler la bande autour de la zone aFeinte (segment de membre, thorax, tête) ;

Le bandage doit largement dépasser les dimensions du pansement.

* + maintenir la bande avec un morceau de ruban adhésif ou une épingle de sûreté.

##### Maintien à l’aide d’un filet

Après avoir posi7onné le pansement non compressif :

* E7rer et enﬁler le ﬁlet, comme une chausseFe, pour maintenir le pansement ;
* faire un tour, puis repasser sur le ﬁlet pour assurer le main7en, si celui-­‐ci est trop large pour la par7e du corps à équiper.

Lors du retour, il convient de veiller à ce que le ﬁlet n’exerce pas de compression.

* réaliser à l’aide d’une paire de ciseaux des oriﬁces pour libérer certaines par7es du corps (par exemple pouce, talon, oriﬁce naturel), si cela s’avère nécessaire.

#### Risques & contraintes

Le disposi7f de main7en (par bande ou ﬁlet) :

* ne doit jamais être directement posé sur la plaie ou la brûlure ;
* ne doit pas déplacer le pansement lors de sa mise en place ;
* doit largement dépasser les dimensions du pansement.

La mise en place d’un ﬁlet peut être eﬀectuée sur une vic7me allongée qui présente une plaie du crâne et est suspecte d’un trauma7sme du rachis. Toutefois, elle doit être eﬀectuée en présence d’un main7en de la tête et en glissant délicatement le ﬁlet sous celle-­‐ci. En revanche, ceFe technique ne peut pas être réalisée avec une bande.

Un bandage circulaire peut conduire à un eﬀet garrot. Aussi, il convient de surveiller aFen7vement l’appari7on progressive d’une douleur diﬀuse ou d’un saignement et de contrôler la circula7on du membre en dessous du pansement (pouls, temps de recolora7on cutanée, aspect de la peau).

Excep7onnellement, ceFe technique peut permeFre de réaliser la compression du membre pansé.

#### Evaluation

Le disposi7f doit maintenir le pansement sans entraver la circula7on en aval. Par ailleurs, aucune douleur ne doit apparaitre au niveau du membre pansé après une dizaine de minutes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Pansement

#### Indication

CeFe technique est indiquée pour protéger une plaie, après son neFoyage et éventuellement sa désinfec7on.

#### Justification

En protégeant la plaie des souillures, le pansement limite le risque d’infec7on secondaire.

#### Matériel

* d’une compresse absorbante de 40 x 13 cm (compresse principale) ;
* d’une compresse absorbante de 16 x 14 cm ;
* d’une compresse de 14 x 60 cm ;
* d’une bande extensible ;
* de deux épingles.

#### Réalisation

Ne jamais toucher avec les doigts, mêmes recouverts de gants, la par7e du pansement qui entrera en contact avec la plaie.

Il existe diﬀérents types de pansement.

##### Avec un pansement adhésif

Le pansement adhésif

Le pansement adhésif est prédécoupé, stérile et sous emballage individuel. Il se compose :

* + d’une compresse, éventuellement imbibée d’an7sep7que ;
  + d’une ﬁxa7on adhésive qui ne doit pas être irritante pour la peau (hypoallergénique).

##### Le pansement individuel

Le pansement individuel est, à l’origine, conçu les plaies par balle. Il peut néanmoins être u7lisé pour tout type de plaie non étendue. Ce pansement est stérile. Il est contenu dans un emballage qui s’ouvre sans être déchiré, en décollant et séparant simplement les bords de l’emballage. Il se compose :

* + d’une bande non extensible ;
  + de deux compresses absorbantes, l’une ﬁxe, l’autre mobile, pouvant ainsi se déplacer sur toute la longueur de la bande ;
  + d’une épingle permeFant la ﬁxa7on de la bande.

Le pansement *Type C*

Déployé, le pansement *Type C* permet la protec7on d’une ou plusieurs plaies grâce à la diﬀérence de taille des compresses qu’il con7ent. Fermé, il se présenté sous la forme d’un cylindre, protégé par une enveloppe plas7que. Une fois déplié, il se compose :

* Choisir le pansement en fonc7on des dimensions de la plaie ;
* sor7r le pansement de son emballage stérile ;
* appliquer le pansement sur la plaie simple, en re7rant les protec7ons des zones autocollantes

;

* appliquer les par7es collantes sur la peau saine, puis les lisser avec le doigt.

##### Avec un pansement individuel

* Ouvrir l’emballage sans le déchirer ;
* sor7r le sachet stérile et l’ouvrir ;
* dérouler la bande, sans toucher aux compresses absorbantes ;
* appliquer les compresses sur la plaie ;

S’il s’agit d’une plaie par balle, appliquer une compresse sur le point d’entrée et l’autre, en la faisant coulisser, sur le point de sor7e.

* aFacher la bande avec l’épingle de sûreté.

Le pansement *Type C*

* Ouvrir l’emballage en plas7que ;
* ouvrir l’emballage papier et enlever la compresse ;
* dérouler le pansement ;
* appliquer les compresses absorbantes sur la ou les plaies ;
  + maintenir la ou les compresses avec la bande, maintenue à l’aide des épingles.

La compresse non absorbante peut servir de support au matériel non u7lisé.

pansement (pouls, temps de recolora7on cutanée, aspect de la peau).

Dans le cas d’un pansement du front ou du cuir chevelu, la technique ne peut pas être réalisée sur une personne allongée, suspecte d’un trauma7sme du rachis cervical (En eﬀet, il serait nécessaire de soulever la tête de la vic7me pour passer la bande).

#### Risques & contraintes

Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut conduire à un eﬀet garrot. Aussi, il convient de surveiller aFen7vement l’appari7on progressive d’une douleur diﬀuse ou d’un saignement et de contrôler la circula7on du membre en dessous du

#### Evaluation

La lésion cutanée est en7èrement recouverte par le pansement. et aucune douleur n’apparait au niveau de la zone bandée après une dizaine de minutes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 U 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Utilisation d’une bouteille d’oxygène

#### Indication

L’oxygène en bouteille est un médicament pouvant, sous certaines condi7ons, être administré à une vic7me. Il peut être u7lisé :

* + en inhala7on pour enrichir l’air en oxygène ;
  + en insuﬄa7on ;
  + pour faire fonc7onner un respirateur médical ou tout autre disposi7f médical.

#### Justification

L’oxygène, dans les condi7ons normales de pression et de température, est un gaz ; il est donc compressible. CeFe propriété permet de le comprimer aﬁn de le stocker et de le transporter, au moyen de récipients spéciaux (les bouteilles), sous un faible encombrement.

Pour être administré à une vic7me, l’oxygène comprimé doit être détendu et ramené à la pression atmosphérique ambiante à l’aide d’un disposi7f ﬁxé sur la bouteille, appelé détendeur.

* d’un manomètre haute pression, avec des plages colorées, qui indique la pression régnant à l’intérieur de la bouteille ;
* d’une sécurité ac7ve, sous forme d’un volet, empêchant tout branchement intempes7f sur la bouteille lorsque celle-­‐ci est en posi7on fermée ;
* d’un raccord de sor7e (olive), qui permet de brancher un tuyau aﬁn d’alimenter un masque à inhala7on ou un ballon-­‐réserve en oxygène d’un insuﬄateur ;
* d’une prise normalisée à trois crans aﬁn d’alimenter un respirateur ou un réseau de distribu7on d’oxygène interne au véhicule de secours ;
* d’un robinet d’ouverture de la bouteille ;
* d’un robinet permeFant de régler le débit d’u7lisa7on par palier, sur une plage de 0 à 15 l.min-­‐1 ;
* d’une soupape de sécurité tarée à 200 bar ;
* d’un raccord de remplissage spéciﬁque, pour le condi7onnement chez le fournisseur.

Le débit d’oxygène (exprimé en litre par minute ou

l.min-­‐1) administré à la vic7me est réglé à l’aide d’un appareil, appelé débitmètre.

#### Matériel

##### La bouteille d’oxygène

Les bouteilles peuvent être de diﬀérents volumes : 2, 5,

11 et 15 litres et con7ennent respec7vement, lorsqu’elles sont pleines, sous une pression de 200 bar, environ 0.4, 1, 2.2 et 3 m3 d’oxygène.

##### Etiquettes et accessoires

La bouteille d’oxygène est fournie avec :

* une é7queFe iden7ﬁant le nom du laboratoire fournisseur ;
* une no7ce « produit » ;
* une é7queFe indiquant le numéro du lot d’oxygène et sa date limite d’u7lisa7on ;
* un panneau é7queFe « danger », collé sur la bouteille, rappelant les risques liés à son u7lisa7on et les principales mesures à respecter.

En France, les bouteilles sont blanches, en ma7ère

composite, légères, équipées d’une poignée de transport, d’une gaine de protec7on et d’un chapeau inamovible dans lequel est logé un détenteur-­‐ débitmètre intégré.

Plusieurs informa7ons sont gravées sur la bouteille, en par7culier, la date de la dernière vériﬁca7on, la pression maximale d’u7lisa7on et son volume en eau.

##### Le détendeur-débitmètre intégré

Le détenteur-­‐débitmètre intégré est composé :

##### L’autonomie

L’autonomie de la bouteille dépend de :

* la quan7té d’oxygène disponible, déterminée par la pression qui règne à l’intérieur de la bouteille et par le volume en eau de la bouteille ;
* la consomma7on en oxygène, c’est-­‐à-­‐dire du débit administré à la vic7me.

La quan7té d’oxygène (exprimée en litre) est le produit de la pression (exprimée en bar) par le volume en eau de la bouteille (exprimé en litre).

#### Mise en œuvre

* + MeFre la bouteille en posi7on ver7cale ;
  + ouvrir le robinet d’ouverture, en tournant lentement, aﬁn d’éviter tout r i sque d’explosion ;
  + placer en posi7on horizontale la bouteille, si nécessaire, aﬁn d’éviter tout risque chute ;
  + raccorder, sur l’olive de sor7e, le tuyau d’oxygène :
    - soit du masque à inhala7on ;
    - soit de l a réserve à oxygène de l’insuﬄateur.

Lorsque cela est nécessaire, le respirateur automa7que est raccordé sur la prise normalisée trois crans.

* + ouvrir progressivement le robinet, en passant par les débits intermédiaires, sans jamais forcer ;

Le posi7onnement du robinet de réglage du débit entre deux valeurs de débit entraîne l’arrêt de la délivrance du gaz à la sor7e.

* + régler le débit d’oxygène à administrer à la vic7me.
  + ne pas aFendre que la bouteille soit complètement vide pour la changer (c’est-­‐à-­‐ dire, ne pas aFendre que l’aiguille soit dans la par7e inférieure de la zone rouge).

Dès qu’un appareil respiratoire est branché sur la prise normalisée, et que l’oxygène au masque n’est plus u7lisé, il faut alors ramener à zéro le robinet de distribu7on tout en laissant la bouteille ouverte ce qui évite une perte d’oxygène, car la prise normalisée à 3 crans ne nécessite pas de réglage de débit.

Après chaque u7lisa7on :

* + débrancher le tuyau, le respirateur ou le réseau ;
  + ramener le débitmètre à zéro (débit de 0 l.min-­‐1) ;
  + fermer la bouteille.

#### Risques & contraintes

L’oxygène est un comburant qui entre7ent et ac7ve la combus7on. Il peut également entraîner l’inﬂamma7on des corps gras, des poussières ou de tous objets inﬂammables installés à proximité.

##### Consignes de conservation, stockage et transport

Les bouteilles doivent être protégées des intempéries, des sources de chaleur (température supérieure ou égale à 50 °C) et conservées dans un local aéré ou ven7lé, propre et sans ma7ères inﬂammables.

Les bouteilles pleines et les bouteilles vides doivent être conservées séparément.

Les bouteilles conservées ou transportées doivent être solidement arrimées et installées dans un emplacement permeFant de les protéger des chutes et des chocs.

Les bouteilles doivent être maintenues en posi7on ver7cale, robinet fermé.

Les bouteilles doivent être déplacées sans être traînées ou roulées sur le sol.

Les bouteilles ne doivent pas être soulevées par leur robinet.

Les bouteilles ne doivent jamais être graissées ou lubriﬁées ni enduites de corps gras.

Il ne faut jamais u7liser de ﬂacons pressurisés (laque, désodorisant…), de solvant (alcool, essence…) ou de produits corrosifs pour neFoyer les bouteilles.

##### Consignes de manipulation et d’utilisation

Le bon état du matériel, la présence d’oxygène dans la bouteille, la date limite d’u7lisa7on ainsi que l’intégrité des é7quetages doivent être vériﬁés lors de la prise de fonc7on.

Toute manipula7on doit se faire avec des mains propres, exemptes de graisse.

Les tuyaux de raccordement u7lisés doivent être spéciﬁques à l’oxygène.

Le visage de la vic7me, comme le disposi7f d’administra7on (masque), ne doivent pas être enduits de corps gras.

La bouteille ne doit pas être ouverte lorsqu’elle est en posi7on couchée.

La bouteille ne doit pas être ouverte à proximité de ma7ères inﬂammables pour éviter le risque de propaga7on d’incendie.

Il ne faut jamais procéder à plusieurs mises en pression successives rapprochées.

Le débitmètre ne doit jamais être ouvert avant le robinet (il doit être réglé à 0 l.min-­‐1 au préalable).

La vic7me, comme l’intervenant, ne doivent jamais se placer face à la sor7e du robinet lors de l’ouverture. Ils doivent toujours être du côté opposé au détendeur, derrière la bouteille et en retrait.

Une bouteille présentant un défaut d’étanchéité ne doit jamais être u7lisée. En cas de fuite, fermer le robinet.

Une ﬂamme, une source de chaleur supérieure à 50 °C ou un appareil générant des é7ncelles ne doivent jamais être approchés.

Il faut immédiatement, autant que possible, refermer le robinet de la bouteille en cas de phénomène anormal (é7ncelles, crépitements).

#### Evaluation

En cas de doute, vériﬁer que l’oxygène est bien délivré à la sor7e du tuyau venant de la bouteille en écoutant le bruit généré par la sor7e du gaz.

Pour cela pincer l’extrémité du tuyau une à deux secondes puis le relâcher. On perçoit ainsi le bruit sec lié à la sor7e brutale de l’oxygène comprimé dans le tuyau pendant le temps où ce dernier est resté pincé.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 05 U 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

Utilisation d’un lot *membre arraché ou sectionné*

#### Indication

Le lot *membre arraché ou sec(onné* est u7lisé pour envelopper un membre amputé et permeFre son acheminement avec la vic7me vers l’hôpital.

#### Justification

Le froid permet de préserver un membre amputé pendant la prise en charge et le transport du blessé, dans l’aFente de sa réimplanta7on éventuelle.

#### Matériel

Le lot *membre arraché ou sec(onné* est composé :

* + d’un sac isotherme doublé à l’intérieur d’une poche plas7que étanche des7née à recevoir le segment de membre amputé ;
  + d’une paire de gants stériles ;
  + d’un ou plusieurs sacs réfrigérants instantanés ou de la glace ;
  + d’un champ stérile.

#### Réalisation

* + Enﬁler les gants stériles ;
  + demander à un secouriste d’ouvrir le paquet du champ stérile, sans toucher son contenu ;
  + saisir le champ stérile ;
  + envelopper le membre amputé dans le champ stérile ;
* placer le tout à l’intérieur du sac plas7que contenu dans le sac isotherme et refermer ceFe poche à l’aide du zip ;
* ac7ver le sac réfrigérant ou se munir de glace ;
* placer le sac réfrigérant ou la glace à l’intérieur du sac isotherme entre sa face interne et le sac plas7que contenant le membre amputé ;
* maintenir le sac isotherme fermé à l’aide d’un morceau de ruban adhésif ;
* inscrire sur le sac le nom de la vic7me et l’heure de survenue de l’amputa7on.

En l’absence de lot « membre arraché ou sec7onné » :

* envelopper le membre dans un champ stérile ou à défaut un linge propre ;
* placer l’ensemble dans un sac plas7que ;
* déposer ce sac et un autre sac plas7que contenant de l’eau et de la glace dans un container ou un troisième sac plas7que permeFant le transport.

#### Risques

Le contact direct entre le membre amputé et la source de froid serait responsable de gelures qui peuvent compromeFre la réussite de sa réimplanta7on.

#### Evaluation

Le membre sec7onné est correctement condi7onné pour le transport.

## Positions d’attente

**6 -­‐ POSITIONS D’ATTENTE VERSION MISE À JOUR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FT | 06 | P | 01 | Posi7ons d’aFente et de transport | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 06 | P | 02 | Posi7on latérale de sécurité à deux sauveteurs | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 06 | P | 03 | Posi7on latérale de sécurité à un sauveteur | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 06 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Positions d’attente et de transport

#### Indication Réalisation

La posi7on d’aFente et de transport est adaptée à l’état

et à la détresse de la vic7me ainsi, on dis7ngue, outre la posi7on latérale de sécurité :

* + la posi7on à plat dos, horizontale.

C’est la posi7on d’aFente et de transport courante pour toute vic7me. Elle est par7culièrement indiquée si celle-­‐ci présente une détresse circulatoire, nécessite une RCP, ou présente les signes d’un AVC.

* + la posi7on assise ou demi-­‐assise.

C’est une posi7on souvent confortable pour les vic7mes. Elle est par7culièrement indiquée si la vic7me présente une détresse ou une gêne respiratoire pour lui permeFre de mieux respirer.

* + la posi7on allongée sur le côté.

CeFe posi7on facilite le transport des vic7mes qui présentent des vomissements. Elle est aussi indiquée pour le transport des femmes enceintes dans les derniers mois de la grossesse ou en imminence d’accouchement.

* + la posi7on cuisses ﬂéchies, jambes repliées. Elle est indiquée pour les vic7mes qui présentent une contusion, une plaie grave de

l’abdomen ou de violentes douleurs abdo-­‐

minales.

#### Justification

La posi7on d’une vic7me, dans l’aFente d’un renfort ou pour son transport à l’hôpital, est un des facteurs qui permet de stabiliser ou d’améliorer son état et de rendre plus confortable son aFente ou son déplacement.

#### Matériel

Aucun matériel par7culier n’est nécessaire pour installer une vic7me en posi7on d’aFente. Toutefois le main7en dans ceFe posi7on est facilité par l’u7lisa7on :

* + du brancard ;
  + d’un immobilisateur à dépression ;
  + de coussins ou couvertures roulées ou repliées.

##### Position à plat dos, horizontale

Lorsque nécessaire, une vic7me peut être installée dans ceFe posi7on, après avoir été retournée si elle était ini7alement allongée sur le ventre.

##### Position assise ou demi-assise

CeFe posi7on peut être obtenue très rapidement en demandant à la vic7me de s’asseoir dans un fauteuil ou sur une chaise, en l’appuyant contre une paroi ver7cale (arbre, mur), en glissant des oreillers ou des coussins dans son dos ou en demandant à un secouriste de se placer à genoux, derrière-­‐elle.

CeFe posi7on peut être maintenue après avoir installé la vic7me sur le brancard en relevant la tê7ère du brancard.

##### Position sur le côté

La vic7me peut-­‐être mise sur le côté aussi bien en posi7on allongée que demi-­‐assise.

CeFe posi7on est obtenue en demandant à la vic7me de s’installer sur le côté ou en l’aidant à se placer sur le côté en la roulant au sol.

CeFe posi7on peut être maintenue en installant la vic7me sur un matelas immobilisateur à dépression ou sur un brancard.

##### Position cuisses fléchies, jambes repliées

CeFe posi7on est obtenue :

* en demandant à la vic7me consciente de maintenir ses membres inférieurs ﬂéchis ;
* en glissant des coussins ou une couverture repliée sous les genoux de la vic7me.

Si le brancard le permet, ceFe posi7on est maintenue en relevant les par7es intermédiaires du brancard au niveau des membres inférieurs.

#### Risques

La mise en posi7on d’aFente comporte certains risques parce qu’elle nécessite parfois de mobiliser une vic7me trauma7sée.

#### Evaluation

La posi7on d’aFente choisie est adaptée à l’état ou à la détresse de la vic7me.

La vic7me est installée confortablement et la posi7on est stable.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 06 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Position latérale de sécurité à deux sauveteurs

#### Indication

CeFe technique est indiquée chez toute personne, suspecte de trauma7sme, après avoir mis en place un collier cervical, si elle :

* + présente une perte de connaissance et respire ;
  + est somnolente ou présente des troubles de la conscience.

#### Justification

La posi7on latérale de sécurité (PLS) main7ent libres les voies aériennes supérieures de la vic7me en permeFant l’écoulement des liquides vers l’extérieur et en évitant que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

Sa réalisa7on à deux sauveteurs limite les mouvements du rachis cervical et diminue le risque de complica7ons secondaires ou de séquelles.

#### Matériel

* + Collier cervical ;
  + coussin de tête.

#### Réalisation

L’installa7on en PLS est réalisée après avoir mis en place un collier cervical.

La manœuvre est commandée par le secouriste placé à la tête (1er secouriste).

La technique se réalise en trois temps :

* + Préparer le retournement de la vic7me. Pour cela :
    - le 1er secouriste, placé dans l’axe de la vic7me, derrière la tête doit :
      * maintenir à deux mains la tête de la vic7me, jusqu’à la réalisa7on du retournement.
  + le 2ème secouriste doit :
    - préparer le coussin de tête qui servira au calage après la mise en PLS ;
    - re7rer les luneFes de la vic7me si elle en porte ;
    - rapprocher délicatement les membres inférieurs de l’axe du corps ;
    - placer le bras de la vic7me, situé du côté du retournement, à angle droit de son corps ;
    - plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la vic7me tournée vers le haut ;
    - se placer à genoux ou en trépied à côté de la vic7me, au niveau de son thorax ;
    - saisir l’avant-­‐bras opposé de la vic7me, et amener le dos de la main de la vic7me sur son oreille, côté retour-­‐ nement, sous la main du 1er secouriste ;

Le 1er secouriste main7ent la main pressée contre l’oreille de la vic7me paume contre paume.

* + - se placer à genoux ou en trépied à côté de la vic7me, assez loin d’elle pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer ;
    - saisir la hanche de la vic7me d’une main et l’épaule de l’autre, du côté opposé au retournement ;
* retourner la vic7me. Pour cela :

1er secouriste : « Etes-vous prêt ? » 2ème secouriste : « Prêt ! »

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* + le 2ème secouriste doit alors :
    - 7rer en même temps sur la hanche et l’épaule de la vic7me, bras tendus, aﬁn de la faire rouler d’un bloc et de l’amener sur son côté ;
  + le 1er secouriste doit, dans le même temps :
    - maintenir la tête et la main de la vic7me entre ses mains et accompagner le

mouvement en évitant toute torsion du cou.

Le retournement de la vic7me doit être réalisé sans brusquerie, en un seul temps. Le main7en de la main et de la tête de la vic7me vise à conserver l’axe de la colonne

s’agit d’une vic7me trauma7sée. Dans le cas contraire, il peut la relâcher.

Si la vic7me présente une lésion thoracique, du membre supérieur ou du membre inférieur, elle est couchée, autant que possible, sur le côté aFeint.

cervicale durant toute la manœuvre et

évite ainsi toute aggrava7on d’un trauma7sme.

En cas de diﬃcultés pour le secouriste (vic7me obèse ou force insuﬃsante du secouriste), il peut faciliter le retournement en 7rant sur le genou ﬂéchi de la vic7me du côté opposé au retournement comme dans la PLS à un secouriste1, l’autre main 7rant sur l’épaule.

* + stabiliser la vic7me. Pour cela :
    - le 1er secouriste doit poursuivre le main7en de la tête.
    - le 2ème secouriste doit :
      * saisir la hanche de la vic7me avec la main qui 7ent l’épaule ;
      * ﬂéchir, avec la main qui tenait la hanche, la hanche et le genou de la vic7me situés vers le haut pour les amener à angle droit2 ;
      * placer un coussin ou un autre disposi7f sous la tête de la vic7me pour compenser l’espace qui existe entre la tête de la vic7me et le sol et ainsi la soutenir dans l’axe du tronc ;

Ce coussin peut être placé avant le retournement contre la tête de la vic7me du côté de celui-­‐ci.

* + - * vériﬁer que la bouche de la vic7me est ouverte3.

#### Risques & contraintes

CeFe technique peut aggraver une éventuelle lésion trauma7que. Toutefois, une vic7me trauma7sée ayant perdu connaissance doit être mise en PLS car la liberté de ses voies aériennes prime sur le risque d’aggrava7on de ses lésions.

CeFe technique réalisée en équipe, systéma7quement à deux secouristes, permet de limiter les risques d’aggrava7on d’une éventuelle lésion du rachis.

Le retournement sur le côté gauche de la femme enceinte ou d’une vic7me obèse permet d’éviter l’appari7on d’une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l’abdomen.

#### Evaluation

Une fois mise en PLS, la vic7me se trouve dans une posi7on stable, la plus latérale possible.

Sa posi7on doit lui permeFre de con7nuer à respirer en lui évitant une obstruc7on des voies aériennes.

En posi7on sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respira7on doivent pouvoir être contrôlés, l’écoulement des sécré7ons vers l’extérieur est favorisé.

Après la mise en PLS, Le 1er secouriste poursuit le main7en de la tête, dans la mesure du possible, s’il

1. La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l’utiliser comme « bras de levier » pour le retournement.
2. La position de la jambe permet de stabiliser la PLS.
3. L’ouverture de la bouche de la victime facilite l’écoulement des liquides vers l’extérieur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 06 P 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Position latérale de sécurité à un sauveteur

#### Indication

CeFe technique est indiquée chez toute personne, non suspecte de trauma7sme :

* + présentant une perte de connaissance et qui respire ;
  + somnolente ou présente des troubles de la conscience.

Elle peut être réalisée chez une vic7me suspecte de trauma7sme lorsque le secouriste est seul.

#### Justification

La posi7on latérale de sécurité (PLS) main7ent libres les voies aériennes supérieures de la vic7me en permeFant l’écoulement des liquides vers l’extérieur et en évitant que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

#### Matériel

Aucun matériel

#### Réalisation

##### Chez l’adulte ou l’enfant

La technique se réalise en trois temps :

* + Préparer le retournement de la vic7me. Pour cela :
    - re7rer les luneFes de la vic7me si elle en porte ;
    - rapprocher délicatement les membres inférieurs de l’axe du corps ;
    - placer le bras de la vic7me, situé du côté sauveteur, à angle droit de son corps ;
* plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la vic7me tournée vers le haut ;
* se placer à genoux ou en trépied à côté de la vic7me, au niveau de son thorax ;
* saisir le bras opposé de la vic7me, et amener le dos de la main de la vic7me sur son oreille, côté sauveteur1 ;
* maintenir le dos de la main de la vic7me pressée contre son oreille, paume contre paume2 ;
* aFraper la jambe opposée de la vic7me, avec l’autre main, juste derrière le genou3 ;
* relever la jambe de la vic7me, tout en gardant le pied au sol ;
* s’éloigner du thorax de la vic7me aﬁn de pouvoir la retourner sans avoir à reculer, si nécessaire ;
* retourner la vic7me. Pour cela :
  + 7rer sur la jambe relevée de la vic7me aﬁn de la faire pivoter vers le sauveteur, jusqu’à ce que le genou touche le sol, sans brusquerie et en un seul temps ;
  + dégager doucement la main du sauveteur située sous la tête de la vic7me, tout en préservant la bascule de la tête en arrière, en maintenant le coude de la vic7me à l’aide de la main du sauveteur précédem-­‐ ment située au genou ;
* stabiliser la vic7me. Pour cela :
  + ajuster la jambe de la vic7me située au-­‐ dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit4 ;
  + ouvrir la bouche de la vic7me sans mobiliser la tête5.

Si le secouriste intervient seul et que la vic7me est trauma7sée, le retournement doit se faire sur le côté aFeint.

1. Lors du retournement, 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.
2. Le maintien de la main sous la joue de la victime limite les mouvements de la colonne cervicale.
3. La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l’utiliser comme « bras de levier » pour le retournement.
4. La position de la jambe permet de stabiliser la PLS.
5. L’ouverture de la bouche de la victime facilite l’écoulement des liquides vers l’extérieur.

##### Chez le nourrisson

Placer le nourrisson sur le côté, dans les bras du sauveteur le plus souvent.

#### Risques & contraintes

La mise en PLS à un secouriste comporte certains risques chez une vic7me trauma7sée de la colonne vertébrale, en par7culier cervicale. Néanmoins, l’existence d’une détresse prime sur l’éventualité de l’aggrava7on d’une lésion nerveuse.

Toutefois, en dehors de circonstances excep7onnelles, toute vic7me trauma7sée doit être placée en PLS à au moins deux secouristes.

Le retournement sur le côté gauche de la femme enceinte ou d’une vic7me obèse permet d’éviter l’appari7on d’une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l’abdomen.

#### Evaluation

La mise en PLS d’une vic7me doit lui permeFre de con7nuer à respirer en lui évitant une obstruc7on des voies aériennes.

En posi7on sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respira7on doivent pouvoir être contrôlés, l’écoulement des sécré7ons vers l’extérieur est favorisé.

## Immobilisations

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **VERSION** | **MISE À JOUR** |
| FT | 07 | I | 01 | Immobilisa7on d'un membre au moyen d'une aFelle à dépression | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | I | 02 | Immobilisa7on d’un membre au moyen d’une aFelle modulable | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | I | 04 | Immobilisa7on d’un membre supérieur au moyen d’écharpes | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | I | 03 | Immobilisa7on d’un membre inférieur au moyen d’une aFelle à trac7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | I | 05 | Immobilisa7on générale sur un plan dur | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | I | 06 | Immobilisa7on générale sur un matelas à dépression | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | M | 01 | Main7en de la tête en posi7on neutre | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | P | 01 | Pose d'une aFelle cervico-­‐thoracique | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | P | 02 | Pose d’un collier cervical | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | R | 01 | Réalignement d’un membre | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 07 | R | 02 | Retrait d’un casque de protec7on | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 I 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Immobilisation d’un membre au moyen d’une attelle à dépression

#### Indication

Les aFelles à dépression sont u7lisées pour assurer l’immobilisa7on du coude de l’avant bras et du poignet pour le membre supérieur et du genou, de la jambe et de la cheville pour le membre inférieur.

Elles peuvent être aussi u7lisées pour immobiliser un trauma7sme de l’épaule avec éloignement du coude par rapport au corps.

#### Justification

L’immobilisa7on à l’aide d’une aFelle à dépression limite les mouvements d’un membre trauma7sé, diminue la douleur et prévient la survenue de complica7ons.

#### Matériel

L’aFelle à dépression est cons7tuée :

* + d’une enveloppe étanche à l’air et souple contenant des billes de polystyrène expansé ;
  + d’une vanne d’admission de l’air (entrée et sor7e) sur laquelle s’adapte un disposi7f d’aspira7on de l’air ;
  + de sangles de main7en.

Elle n’est u7lisée qu’avec une pompe d’aspira7on manuelle ou électrique.

Son principe de fonc7onnement est iden7que à celui du matelas immobilisateur à dépression.

Pour certaines immobilisa7ons (trauma7sme de l’épaule) une écharpe ou une bande peut être nécessaire.

#### Réalisation

##### Immobilisation du membre inférieur

La mise en place est réalisée par trois secouristes au minimum :

* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + maintenir le membre blessé, après réalignement si nécessaire, au niveau de l’ar7cula7on sus et sous jacentes au trauma7sme jusqu'à la mise en place de l’aFelle.
* le secouriste 3 doit :
  + préparer l ’a Felle à dépression en répar7ssant également toutes les billes et en ouvrant la valve d’admission de l’air.
* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + soulever de quelques cen7mètres, tout en exerçant une trac7on douce au niveau de son extrémité, le membre pour permeFre le passage de l’aFelle.
* le secouriste 3 doit :
  + glisser l’aFelle sous le membre trauma7sé en prenant soin d’englober l’ar7cula7on sus et sous jacentes.
* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + déposer le membre sur l’aFelle et le maintenir.
* le secouriste 3 doit :
  + rabaFre l’aFelle de part et d’autre du membre pour lui donner la forme d’une gouÄère.
* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + déplacer les mains qui sou7ennent le membre blessé pour maintenir l’aFelle contre le membre.
* le secouriste 3 doit :
  + faire le vide à l’intérieur de l’aFelle en aspirant l’air jusqu'à ce que l’aFelle devienne rigide ;
  + fermer la valve ;
  + déconnecter le disposi7f d’aspira7on ;
  + vériﬁer la bonne immobilisa7on et l’état de l’extrémité du membre.

##### Immobilisation du membre supérieur

Le principe de mise en place de l’aFelle à dépression pour un membre supérieur est iden7que à la technique décrite pour un membre inférieur mais peut être réalisé par deux secouristes au minimum.

Dans ce cas, les ar7cula7ons sus et sous jacente au trauma7sme sont maintenues par un seul secouriste.

##### Immobilisation de l’épaule

CeFe technique permet d’immobiliser un trauma7sme de l’épaule avec éloignement du coude par rapport au corps.

Elle doit être réalisée à l’aide d’une aFelle à dépression membre inférieur (ou un MID *Enfant*).

La mise en place est réalisée au minimum par deux secouristes :

* + le secouriste 1 doit :
    - maintenir le membre blessé.
  + le secouriste 2 doit :
    - plier l’aFelle en « N » et faire par7ellement le vide ;

La vanne, placée sur la par7e montante du

« N » doit être à l’intérieur.

* passer les deux chefs de l’écharpe roulée sur l’épaule opposée et les nouer ;
* écarter l’aFelle pour venir la plaquer contre le membre blessé.

Ce dernier repose alors entre les branches oblique et extérieure du « N ».

* le secouriste 1 doit :
  + maintenir l’ensemble, membre blessé et l’aFelle, en posi7on.
* le secouriste 2 doit :
  + faire le vide à l’intérieur de l’aFelle jusqu'à ce qu’elle devienne rigide ;
  + fermer la valve et déconnecter le disposi7f d’aspira7on ;
  + vériﬁer la bonne immobilisa7on et l’état de l’extrémité du membre.

#### Risques & contraintes

La réalisa7on d’une immobilisa7on à l’aide d’une aFelle à dépression d’un membre trauma7sé peut provoquer une mobilisa7on de celui-­‐ci si la procédure de mise en place n’est pas respectée et entraîner douleur et complica7ons.

* + - rouler l’écharpe dans le sens de la longueur

et la glisser entre les branches montante et

oblique du « N », du côté de la vanne ;

* + - se placer face au blessé ;
    - introduire l’atelle sous le membre blessé, branche montante de la vanne contre le thorax et l’abdomen de la vic7me.
* le secouriste 1 doit :
  + maintenir le membre blessé et l’aFelle.
* le secouriste 2 doit :

#### Evaluation

L’immobilisa7on est correcte si :

* + le segment blessé et les ar7cula7ons sus et sous jacentes sont immobilisés par l’aFelle ;
  + l’aFelle est correctement ﬁxée ;
  + la douleur ressen7e par la vic7me diminue ;
  + aucun signe de compression n’apparait après sa mise en place (circula7on aval correcte).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 I 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Immobilisation d’un membre au moyen d’une attelle modulable

#### Indication Réalisation

Les aFelles modelables sont u7lisées pour assurer

l’immobilisa7on du coude de l’avant bras et du poignet pour le membre supérieur et du genou, de la jambe et de la cheville pour le membre inférieur.

#### Justification

L’immobilisa7on à l’aide d’une aFelle modelable limite les mouvements d’un membre trauma7sé, diminue la douleur et prévient la survenue de complica7ons.

#### Matériel

Il existe diﬀérentes types d’aFelles dont :

* les aFelles de *Kramer.*

Elles sont cons7tuées de 7ges de métal soudées et plas7ﬁées en forme « d’échelle », malléables, et adaptables au membre fracturé. Il en existe de plusieurs longueurs et largeurs.

Ces aFelles nécessitent un habillage préalable de façon à les rendre moins trauma7santes et d’éviter un contact direct du membre avec le métal.

* les aFelles modelable en alliage, doublées de mousse (type *Aluform* R ).

Elles se composent de :

* + d’une armature en aluminium ou autre alliage ;
  + d’un rembourrage assuré par une mousse épaisse ;
  + d’une enveloppe en polystyrène dont la face au contact du membre est lavable ;
  + de bords rabaFables permeFant de former une gouÄère ;
  + d’un système de ﬁxa7on par sangles auto-­‐ aggripantes.

Il existe diﬀérents types d’aFelles suivant la zone trauma7sée et l’âge.

En toute état de cause, il convient de se référer à la no7ce d’u7lisa7on du fabricant.

##### Immobilisation à l’aide d’une attelle de *Kramer*

Les aFelles de *Kramer* sont u7lisées préféren7ellement pour les immobilisa7ons de l’avant-­‐bras, du poignet ou de la main.

Elles ne sont u7lisées qu’en l’absence de matériel plus adapté pour les trauma7smes du membre inférieur situés en dessous du genou. Dans ce cas elles sont u7lisées par deux, placées de part et d’autre du membre blessé et solidarisées entre elles pour prévenir la mobilisa7on du membre.

La mise en place est réalisée au minimum par deux secouristes :

* le secouriste 1 doit :
  + maintenir le membre blessé au niveau de l’ar7cula7on sus et sous jacentes au trauma7sme, éventuellement après réalignement, jusqu'à la mise en place de l’aFelle.
* le secouriste 2 doit :
  + choisir une aFelle de longueur convenable et la prépare ;
  + placer la ou les aFelles de part et d’autre du segment trauma7sé en prenant soin d’englober l’ar7cula7on sus et sous jacentes ;
  + rembourrer les espaces libres entre l’aFelle et le membre blessé pour qu’il existe un contact permanent, si nécessaire.
* le secouriste 1 doit :
  + déplacer ses mains pour venir maintenir la ou les aFelles en place.
* le secouriste 2 doit :
  + ﬁxer la ou les aFelles au membre blessé à l’aide de liens larges ou éventuellement d’une bande, puis à l’aide d’une *écharpe simple* pour le membre supérieur ;
  + vériﬁer la qualité de l’immobilisa7on et l’état de l’extrémité du membre.

##### Immobilisation du membre supérieur à l’aide d’une attelle modulable

L’aFelle modelable est u7lisée pour les immobilisa7ons du membre supérieur en dessous du coude.

La mise en place est réalisée au minimum par deux secouristes :

* le secouriste 1 doit :
  + maintenir le membre blessé au niveau de l’ar7cula7on sus et sous jacentes au trauma7sme, éventuellement après réali-­‐ gnement, jusqu'à la mise en place de l’aFelle ;
* le secouriste 2 doit :
  + choisir l ’a Felle adaptée (longueur convenable) et lui donner la forme aFendue ;
  + placer l ’a Felle contre le segment trauma7sé en prenant soin d’englober l’ar7cula7on sus et sous jacentes ;
  + rabaFre les côtés de l’aFelle pour lui donner la forme d’une gouÄère.
* le secouriste 1 doit :
  + soutenir le membre blessé et déplacer ses mains pour maintenir l’aFelle contre le membre.
* le secouriste 2 doit :
  + maintenir l’aFelle en posi7on à l’aide des sangles auto-­‐aggripantes ;
  + maintenir, si nécessaire, l’ensemble à l’aide d’une écharpe simple nouée autour du cou ;
  + vériﬁer la qualité de l’immobilisa7on et l’état de l’extrémité du membre.

##### Immobilisation du membre inférieur à l’aide d’une attelle modulable

* le secouriste 3 doit :
  + choisir l ’a Felle adaptée (longueur convenable) et lui donner la forme aFendue.
* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + soulever de quelques cen7mètres, tout en exerçant une trac7on progressive mais douce au niveau de la cheville, le membre inférieur pour permeFre le passage de l’aFelle.
* le secouriste 3 doit :
  + glisser l’aFelle sous le membre trauma7sé en prenant soin d’englober l’ar7cula7on sus et sous jacentes.
* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + déposer le membre sur l’aFelle et le maintenir sans relâcher la trac7on.
* le secouriste 3 doit :
  + rabaFre les côtés de l’aFelle et le volet d’extrémité du pied pour lui donner la forme d’une gouÄère ;

Les secouristes 1 et 2 qui sou7ennent le membre blessé peuvent alors déplacer leurs mains à l’extérieur de l’aFelle pour la maintenir.

* + ﬁxer l’aFelle à l’aide des sangles auto-­‐ aggripantes ;
  + vériﬁer la qualité de l’immobilisa7on et l’état de l’extrémité du membre.

#### Risques & contraintes

La réalisa7on d’une immobilisa7on d’un membre trauma7sé à l’aide d’une aFelle peut provoquer une mobilisa7on de celui-­‐ci si la procédure de mise en place n’est pas respectée et entraîner douleur et compli-­‐ ca7ons, cutanées en par7culier.

L’aFelle modelable est u7lisée pour les immobilisa7ons

du membre inférieur en dessous du genou.

La mise en place est réalisée au minimum par trois secouristes :

* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + maintenir le membre blessé au niveau de l’ar7cula7on sus et sous jacentes au trauma7sme, éventuellement après réalignement, jusqu'à la mise en place de l’aFelle.

#### Evaluation

L’immobilisa7on est correcte si :

* le segment blessé et les ar7cula7ons sus et sous jacentes sont immobilisés par l’aFelle ;
* l’aFelle est correctement ﬁxée et ne risque pas de se desserrer progressivement ;
* la douleur ressen7e par la vic7me diminue ;
* aucun signe de compression n’apparait après sa mise en place (circula7on d’aval correcte).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 I 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Immobilisation d’un membre inférieur au moyen d’une attelle à traction

#### Indication

Les aFelles en trac7on sont u7lisées pour assurer l’immobilisa7on des trauma7smes de la cuisse et des 2/3 supérieurs de la jambe.

Elles ne peuvent être installées que sur un membre réaligné.

Elles ne peuvent pas être u7lisées si :

* + les deux membres inférieurs sont aFeints (préférer alors le MID) ;
  + il existe un trauma7sme de la cheville ou du pied ;
  + il existe un trauma7sme du bassin ou de la par7e inférieure du dos.

L’aFelle en trac7on ne peut être mise en place qu’à la demande et en présence d’un médecin.

#### Justification

L’immobilisa7on est obtenue en exerçant une trac7on sur le membre trauma7sé.

CeFe immobilisa7on limite les mouvements du membre trauma7sé, diminue la douleur et prévient la survenue de complica7ons.

#### Matériel

L’aFelle décrite ici est l’aFelle en trac7on pneuma7que dite de *Donway*.

Elle est composée :

* + d’une par7e supérieure cons7tuée de deux barres métalliques réunies par deux sangles dont l’une, rembourrée et réglable, cons7tue l’anneau de blocage du bassin, et l’autre plus large sou7ent la cuisse ;
  + d’une par7e inférieure en forme de « U » est creuse, qui comporte :
    - une traverse métallique ﬁxe, munie d’une semelle support de pied et de sangles auto-­‐ aggripantes ;
* une large sangle réglable pour soutenir la jambe ;
* une pompe et un manomètre reliés au tube creux cons7tuant le « U ».

L’engagement des deux barres supérieures dans les branches creuses du « U » réalisent deux vérins, qui, commandés par la pression créée par la pompe, appliquent sur le membre une trac7on contrôlée par un dynamomètre. Une soupape de sécurité entre en jeu lorsque la pression est excessive.

Il existe d’autres types d’aFelles en trac7on notamment manuelle.

#### Réalisation

Réalisée sous le contrôle d’un médecin, sa mise en place nécessite au moins trois secouristes, formés et entrainés à son u7lisa7on :

* le secouriste 3 doit :
  + réaliser le main7en du bassin ;
* le secouriste 1 doit :
  + maintenir le membre blessé, dans l’axe par une trac7on progressive et prudente au niveau de la cheville, le pied bien tendu ;
  + soulever le membre blessé de quelques cen7mètres pour la mise en place du matériel.
* le secouriste 2 doit :
  + ajuster l’anneau supérieur qui bloque le bassin en le faisant glisser sous le genou et en le remontant juste au sommet de la cuisse ;
  + aFacher la boucle sans la serrer en réclinant les organes génitaux externes chez l’homme ;
  + préparer l’aFelle en engageant les deux barres supérieures dans les deux branches du « U » et, en la posi7onnant à côté du membre inférieur de la vic7me ;
  + régler la longueur de l’aFelle ;
  + meFre au zéro le dynamomètre ;
    - desserrer les barres de serrage et relever le support de pied ;
    - glisser l’aFelle de part et d’autre du membre trauma7sé ;
    - engager les ﬁches de l’anneau de blocage du bassin dans les barres supérieures ;
    - ﬁxer le pied au support de pied, à angle droit, par les bandes auto-­‐aggripantes disposées en « huit » ;
    - u7liser la pompe pour appliquer la pression de trac7on prescrite par le médecin, en général de 15 kg.

L’aiguille du manomètre se trouve alors dans la zone verte du cadran.

* le secouriste 1 doit :
  + relâcher alors le main7en du membre.
* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + ajuster les sangles de cuisse et de jambe en évitant d’appuyer sur la zone trauma7sée ;
  + verrouiller les barres de serrage reliant les barres à l’« U » ;
  + demander au médecin de vériﬁer la bonne installa7on de l’aFelle ;
  + relâcher la pression en purgeant le circuit par ouverture de la valve quand l’installa7on est correcte.

#### Risques & contraintes

La réalisa7on d’une immobilisa7on à l’aide d’une aFelle en trac7on peut provoquer une mobilisa7on excessive du foyer de fracture si la procédure de mise en place n’est pas respectée et entraîner douleur et compli-­‐ ca7ons.

En milieu nécessitant des chaussures spéciales (monta-­‐ gne) desserrer les chaussures avant la ﬁn de la mise en place de l’aFelle. Les risques de gelures engendrées par les chaussures peuvent être augmentés par l’anneau immobilisateur du bassin.

#### Evaluation

L’immobilisa7on est correcte si :

* le segment blessé et les ar7cula7ons sus et sous jacentes sont immobilisés par l’aFelle ;
* l’aFelle est correctement ﬁxée ;
* la douleur ressen7e par la vic7me diminue ;
* aucun signe de compression n’apparait après sa mise en place (circula7on d’aval correcte) ;
* il n’y a pas de douleur tes7culaire, chez l’homme.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 I 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Immobilisation d’un membre supérieur au moyen d’écharpes

#### Indication

Une immobilisa7on du membre supérieur au moyen d’écharpes est nécessaire chaque fois qu’une vic7me doit être mobilisée et que des moyens plus appropriés (aFelle modulable ou aFelle à dépression) ne sont pas disponibles.

#### Justification

* rabaFre la seconde pointe sur l’avant bras et la faire passer sur l’épaule opposée au membre blessé ;
* ﬁxer l’écharpe en nouant les deux pointes sur le côté du cou ;

La main doit être placée légèrement au dessus du niveau du coude.

* ﬁxer au niveau du coude en tor7llant la par7e libre de la pointe ou la ﬁxer avec un ruban adhésif.

Une immobilisa7on qui bloque les ar7cula7ons au

dessus et au dessous du trauma7sme limite les mouvements, diminue la douleur et prévient la survenue de complica7ons.

#### Matériel

Une écharpe triangulaire peut être cons7tuée avec un triangle de 7ssu non extensible (coton, toile, papier in7ssé).

La longueur au niveau de la base est de 1,2m. au minimum.

Par conven7on la pointe situé à l’opposé de la base est appelée sommet ; les deux autres pointes peuvent être dénommées *chef*.

#### Réalisation

##### Traumatisme de la main, du poignet et de l’avant bras

L’immobilisa7on est réalisée par une *écharpe simple*. Pour cela :

* + engager une des pointes du triangle entre le coude et thorax et la faire passer sur l’épaule du côté blessé ;

Il faut que le sommet du triangle se trouve du côté du coude et que l a base soit perpendiculaire à l’avant-­‐bras à immobiliser.

* + ajuster et déplisser le triangle jusqu'à la base des doigts ;

##### Traumatisme du bras

L’immobilisa7on est réalisée par une *écharpe simple et une contre-­‐écharpe*. Pour cela :

* soutenir l’avant bras avec une écharpe simple ;
* placer la base du deuxième triangle (contre-­‐ écharpe) au niveau de l’épaule du membre blessé, sommet vers le coude ;
* amener les deux pointes sous l’aisselle opposée en enveloppant le thorax de la victime ;
* ﬁxer la contre-­‐écharpe au moyen d’un nœud situé en avant de l’aisselle opposée ;
* torsader le sommet pour maintenir le bras blessé plaqué contre le thorax.

##### Traumatisme de l’épaule (clavicule, omoplate)

L’immobilisa7on est réalisée par une *écharpe oblique*. Pour cela :

* glisser la base du triangle sous l’avant-­‐bras, sommet vers le coude ;
* nouer les chefs sur l’épaule opposée en englobant le thorax ;

Les doigts doivent rester visibles.

* rabaFre le sommet sur le coude en avant et le ﬁxer avec un ruban adhésif.

Si le trauma7sme de l’épaule provoque une déforma7on importante (bras écarté du corps) placer un rembourrage (7ssu roulé) entre le bras et le tronc pour respecter la déforma7on et éviter toute mobilisa7on de

l’ar7cula7on. Ne jamais tenter de rapprocher le coude du corps.

#### Risques & contraintes

La réalisa7on d’une immobilisa7on, même provisoire, d’un membre trauma7sé peut provoquer une mobilisa7on de celui-­‐ci et entraîner douleur et complica7ons.

#### Evaluation

L’immobilisa7on est correcte si :

* le membre est maintenu ;
* la douleur diminue.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 I 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Immobilisation générale sur un plan-dur

#### Indication Réalisation

Le plan dur avec immobilisateur de tête est u7lisé pour

immobiliser la colonne vertébrale d’une vic7me, suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale.

Le plan dur peut être u7lisé pour immobiliser une vic7me qui est allongée sur le dos ou debout pour l’allonger et pour en assurer son transport.

Il peut aussi être u7lisé pour relever une vic7me allongée au sol dans un espace étroit avant de la déplacer.

#### Justification

En immobilisant le corps en7er d’une vic7me, le plan dur permet de respecter son axe tête-­‐cou-­‐tronc et limite toute appari7on ou aggrava7on d’une éventuelle lésion de la colonne vertébrale au cours de la mobilisa7on ou du transport d’une vic7me.

#### Matériel

Le plan dur est cons7tué :

* + d’un plan rectangulaire de 1,85 m environ en longueur. En PVC, il est radio-­‐transparent et résiste à l’eau.

L’absorp7on de liquide biologique ou de sang par le matériel ne doit pas être possible pour faciliter la décontamina7on et éviter la transmission de germes infec7eux.

Ce plan dur est équipé de poignées de portage.

* + de sangles pour maintenir la vic7me au niveau du thorax, du bassin et des membres inférieurs.

L’immobilisateur de tête est composé :

* + d’un coussin de tête, ﬁxé sur le plan dur ;
  + de deux blocs d’immobilisa7on latéraux ;
  + de deux sangles de main7en de la tête au niveau du front et du menton.

##### Victime allongée sur le dos

La technique idéale d’installa7on sur un plan dur d’une vic7me allongée sur le dos est la *technique de roulement au sol de la vic(me à trois secouristes* (décrite ci-­‐dessous). D’autre techniques sont néanmoins u7lisables comme celles *du pont à quatre porteurs* ou en s’aidant d’un brancard cuillère.

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants :

* un secouriste, placé derrière la vic7me, poursuit le main7ent de la tête de la vic7me pendant toute la manœuvre (secouriste 1) ;

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* deux secouristes, pour installer le plan-­‐dur (secouristes 2 et 3).

Après avoir posé le collier cervical :

* le secouriste 2 ou 3 doit :
  + contrôler la motricité et la sensibilité de l’extrémité de chaque membre, si cela n’a pas été réalisé au cours du bilan complémentaire ;
  + placer la face palmaire des mains de la vic7me sur les cuisses de celle-­‐ci.

En aucun cas, le membre supérieur du coté du retournement ne doit être placé au dessus de la tête car ce déplacement entraîne un mouvement au niveau de la colonne vertébrale.

* + réaligner, si nécessaire, les membres inférieurs de la vic7me dans l’axe de son corps tout en maintenant le bassin ;
  + placer contre la vic7me, du côté du retournement, un rembourrage de 3 à 4 cm d’épaisseur (coussin de l’ACT ou couverture roulée ou autre moyen) ;
  + placer le plan dur équipé de l’immobili-­‐ sateur de tête le long du blessé du côté opposé au retournement.
* Les secouristes 2 et 3 doivent :
  + s e p l a c e r à g e n o u d u c ô t é d u retournement, à quelques cen7mètres du blessé, au niveau du thorax et du bassin de la vic7me ;
  + saisir la vic7me du côté opposé au retournement au niveau de l’épaule, du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés.

La main de la vic7me peut être bloquée contre le haut de la cuisse de la vic7me par la main d’un secouriste.

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* Les secouristes 2 et 3 doivent :
  + tourner la vic7me vers eux ;

Lors de ceFe rota7on, les secouristes doivent garder les bras tendus et u7liser le poids de leur corps pour donner de la force à leur mouvement.

La rota7on de la vic7me se fait lentement

en maintenant l’axe-­‐tête-­‐cou-­‐tronc et sous les ordres du secouriste 1 ;

* + - solidariser la tête de la vic7me au plan dur en plaçant successivement :
      * les blocs immobilisateurs latéraux de chaque côté de la tête ;
      * la sangle de ﬁxa7on frontale puis mentonnière.

A la ﬁn de la manoeuvre, les secouristes peuvent alors :

* relâcher le main7en tête ;
* solidariser la vic7me sur le plan-­‐dur à l’aide :
  + d’une sangle araignée ;
  + de plusieurs sangles placées au niveau de la par7e supérieure du tronc, du bassin et des membres inférieures.

CeFe immobilisa7on peut être complétée en s’aidant éventuellement d’une couverture roulée ou d’un coussin placé entre les jambes de la vic7me

* contrôler la motricité et la sensibilité de l’extrémité de chaque membre.

et d’un bloc ; elle est arrêtée dès que la

vic7me est sur le côté.

* Le secouriste 1 doit :
  + accompagner le mouvement pour garder la tête du blessé dans l’axe du tronc ;
* Les secouristes 2 et 3 examinent rapidement le dos de la vic7me tant qu’elle est sur le côté (enlever les morceaux de verre qui pourraient la blesser).

1er secouriste : « Glissez le plan dur ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + glisser le plan dur sous le dos de la vic7me ; Pour cela, ils lui donnent une inclinaison de façon à ce qu’il vienne se plaquer contre le

blessé et le main7enne dans ceFe

posi7on et que le coussin de tête soit bien posi7onné au niveau de la tête de la vic7me.

* + indiquer quand le plan dur est en place.

1er secouriste : « Attention pour poser… Posez ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + reposer la vic 7me et le plan dur délicatement sur le sol ;
  + reposi7onner la vic7me au centre du plan dur en la faisant glisser si nécessaire tout

##### Victime allongée sur le ventre

La technique de retournement d’une vic7me allongée sur le ventre et suspecte d’une lésion de la colonne vertébrale est similaire à celle décrite ci-­‐dessus. Le principe de retournement, la posi7on des secouristes est iden7que.

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants :

* un secouriste, placé à la tête de la vic7me, en trépied, genou relevé côté retournement et genou au sol dans le prolongement de l’épaule côté retournement de la vic7me, aﬁn d ’an 7 c i per l a posi 7 on ﬁnale, après retournement de la vic7me. Il main7ent la tête de la vic7me avec deux mains (prise fronto-­‐ occipitale) (secouriste 1) ;

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* deux secouristes, pour installer le plan-­‐dur (secouristes 2 et 3).

Ini7alement :

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + réaligner si nécessaire les membres inférieurs de la vic7me dans l’axe de son corps tout en maintenant le bassin ;
* glisser les mains de la vic7me sous ses cuisses (paume contre face avant des cuisses) ;
* installer contre la vic7me, du côté du retournement, un rembourrage de trois à quatre cm d’épaisseur (coussin de l’ACT, couverture roulée ou autre moyen) ;
* placer le plan dur équipé du support de l’immobilisateur de tête à dix cm environ le long de la victime du côté du retournement ;
* se placer à genoux sur le plan dur du côté du retournement ;
* saisir la vic7me au niveau de l’épaule, la hanche et les membres inférieurs.

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* Les secouristes 2 et 3 doivent :
  + tourner la vic7me vers eux pour meFre sur son côté (perpendiculaire au sol).
* Le secouriste 1 doit :
  + accompagner le mouvement de la tête qui eﬀectuera une rota7on moindre que celle du corps pour la ramener en posi7on neutre ;
  + ordonner l’arrêt de la manoeuvre lorsque la vic7me est sur le côté.

1er secouriste : « Dégagez le plan-dur… »

* Les secouristes 2 et 3 doivent :
  + dégager un à un leur genoux hors du plan dur puis les poser sur le sol contre le plan dur ;
  + indiquer qu’ils sont en posi7on lorsqu’ils ont dégagé le plan dur.

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* Les secouristes 2 et 3 doivent :
  + poursuivre la rota7on de la vic7me dans la même direc7on que précédemment pour amener la vic7me en posi7on allongée sur le dos sur le plan dur.

A la ﬁn de la manoeuvre :

* les secouristes 1 et 2 doivent meFre en place le collier cervical ;
* les secouristes 2 et 3 doivent solidariser la tête de la vic7me au plan dur en plaçant successivement :
  + les blocs immobilisateurs latéraux de chaque côté de la tête ;
  + la sangle de ﬁxa7on frontale puis mentonnière.

Les secouristes peuvent alors :

* relâcher le main7en tête ;
* solidariser la vic7me sur le plan-­‐dur à l’aide
  + d’une sangle araignée ;
  + de plusieurs sangles placées au niveau de la par7e supérieure du tronc, du bassin et des membres inférieures.

CeFe immobilisa7on peut être complétée en s’aidant éventuellement d’une couverture roulée ou d’un coussin placé entre les jambes de la vic7me

* contrôler la motricité et la sensibilité de l’extrémité de chaque membre.

##### Victime debout

La technique d’installa7on d’une vic7me debout1 sur un plan dur et suspecte d’une lésion de la colonne vertébrale nécessite trois intervenants :

* un secouriste, placé devant la victime dans l’axe tête-­‐cou-­‐tronc, poursuit le maintien de la tête pendant toute la manœuvre (secouriste 1) ;
* deux secouristes, pour installer le plan-­‐dur (secouristes 2 et 3).

C’est le secouriste 2, placé derrière la vic7me durant la manoeuvre, qui commande celle-­‐ci.

Après avoir posé le collier cervical :

* le secouriste 2 doit :
  + placer le plan dur équipé du support de l’immobilisateur de tête contre le dos de la vic7me ;
  + vériﬁer que rien ne peut gêner la bascule au sol du plan dur ;

1 Dans un grand nombre de cas les victimes se mettent debout après avoir eﬀectué une chute ou après un accident de la circulation. Si la victime est suspecte d’un traumatisme du rachis, il est absolument nécessaire de l’allonger au plus vite en utilisant un plan dur.

* saisir dans sa par7e supérieure le plan dur.
* le secouriste 3 doit :
  + se placer face à la vic7me à côté du secouriste 1 ;
  + passer un de ses avant bras sous l’aisselle de la vic7me ;
  + saisir la poignée du plan dur le plus haut possible pour assurer un main7en op7mal de la vic7me ;
  + placer son autre main de manière à relayer le main7en tête du secouriste 1 ;
  + maintenir le plan dur avec une main en passant les avant bras sous les aisselles de la vic7me et la tête de la vic7me avec l’autre main située à l’avant du plan dur.
* le secouriste 1 doit :
  + placer sa main libre sous l’aisselle de la vic7me ;
  + saisir la poignée du plan dur le plus haut possible pour assurer un main7en op7mal de la vic7me ;

Les secouristes peuvent alors :

* solidariser la vic7me sur le plan-­‐dur à l’aide :
  + d’une sangle araignée ;
  + de plusieurs sangles placées au niveau de la par7e supérieure du tronc, du bassin et des membres inférieures.

CeFe immobilisa7on peut être complétée en s’aidant éventuellement d’une couverture roulée ou d’un coussin placé entre les jambes de la vic7me

* contrôler la motricité et la sensibilité de l’extrémité de chaque membre.

Si la vic7me retrouvée en posi7on debout est casquée, il convient de :

* réaliser la manoeuvre en lui laissant son casque ;
* re7rer le casque lorsque la vic7me a été allongée au sol au moyen du plan-­‐dur et de poser ensuite le collier cervical.
  + poursuivre le main7en de la tête de la

vic7me avec son autre main.

2ème secouriste : « Etes vous prêts ? » 1er et 3ème secouristes : « Prêts ! »

2ème secouriste : « Attention pour basculer… Basculez ! »

Les trois secouristes doivent :

#### Risques & contraintes

Le non respect de la technique est suscep7ble d’aggraver une lésion de la colonne vertébrale.

Des sangles thoraciques trop serrées sont suscep7bles d’aggraver une détresse respiratoire.

* allonger la vic7me en basculant en arrière le

plan dur ;

Pendant ceFe bascule, ils s’assurent que la tête de la vic7me reste au contact du plan dur et dans l’axe du tronc. Pour cela, il faut accompagner le mouvement d’allongement de la vic7me et ne jamais lâcher la tête.

Dès que la vic7me est au sol :

* le secouriste 2 doit :
  + solidariser la tête de la vic7me au plan dur en plaçant successivement :
    - les blocs immobilisateurs latéraux de chaque côté de la tête ;
    - la sangle de ﬁxa7on frontale puis mentonnière.
* les secouristes 1 et 3 doivent :
  + relâcher le main7en tête.

#### Evaluation

Une fois immobilisée, la vic7me :

* ne peut faire aucun mouvement spontané de la tête ;
* a l’axe tête-­‐cou-­‐tronc maintenu ;
* ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas , ni sur le côté ;
* peut respirer sans gêne, malgré les sangles ;
* ne présente aucun signe d’aggrava7on d’une lésion de la colonne vertébrale.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 I 06 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Immobilisation générale sur un matelas à dépression

#### Indication

Le matelas immobilisateur à dépression (MID) est u7lisé pour immobiliser la colonne vertébrale d’une vic7me, suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale, du bassin ou de la cuisse.

Ce moyen est par7culièrement indiqué si la vic7me présente de mul7ples lésions.

Il peut aussi être u7lisé pour relever une vic7me allongée au sol dans un espace étroit ou pour en faciliter le déplacement.

#### Justification

En immobilisant le corps en7er d’une vic7me, le MID permet de respecter son axe tête-­‐cou-­‐tronc et limite toute appari7on ou aggrava7on d’une éventuelle lésion de la colonne vertébrale au cours de la mobilisa7on ou du transport d’une vic7me.

Il permet en outre d’immobiliser les membres inférieurs.

#### Matériel

Le matelas immobilisateur à dépression est cons7tué :

* d’une enveloppe souple, résistante et étanche contenant des billes de polystyrène expansé ;
* d’un robinet permeFant de régler la sor7e ou l’entrée de l’air ;
* d’un disposi7f de saisie (poignées) ;
* des sangles de main7en.

Il ne peut être u7lisé qu’avec une pompe d’aspira7on manuelle ou électrique.

Son principe de fonc7onnement consiste, une fois la vic7me installée sur le matelas, à aspirer l’air contenu dans l’enveloppe étanche. CeFe aspira7on provoque une solidarisa7on des pe7tes billes qui rigidiﬁe le matelas en *moulant* la vic7me, ce qui provoque son immobilisa7on.

#### Réalisation

L’installa7on d’une vic7me sur le MID est eﬀectuée en u7lisant :

* un brancard cuillère ;
* un plan dur ;
* une technique de relevage dite du *pont à quatre équipiers porteurs*.

Préalablement à l’installa7on de la vic7me, il faut :

* placer le MID à proximité de la vic7me, dans une posi7on adaptée à la technique de relevage u7lisée ;

Dans la mesure du possible, la surface doit être plane et dure. Si nécessaire, une bâche de protec7on doit être mise sous le matelas aﬁn de limiter les risques de déchirure ou de coupure.

* ouvrir le robinet pour permeFre l’entrée de l’air et répar7r les billes qui se désolidarisent ;
* rigidiﬁer modérément le MID en relevant les côtés pour faciliter la manœuvre de relevage ;
* meFre en place un drap ou une couverture de survie.

Une fois la vic7me déposée sur le MID à l’aide d’une technique adaptée :

* re7rer systéma7quement un disposi7f de portage éventuel ;
* meFre en forme le matelas autour du corps de la vic7me. Pour cela :
  + rapprocher les bords du matelas de part et d’autre de la tête de la vic7me ;

Cela permet au secouriste de dégager ses mains puis de les replacer à l’extérieur du matelas et poursuivre le main7en de la tête jusqu’à la rigidiﬁca7on de dernier.

Le matelas ne doit en aucun cas appuyer sur le sommet du crâne car l’aspira7on de l’air entraînerait par rétrac7on une ﬂexion de la tête.

* + - maintenir les bords latéraux du matelas le long de la vic7me sans la mobiliser, en s’aidant des sangles de main7en ;
* faire le vide à l’intérieur du matelas en aspirant l’air avec un disposi7f d’aspira7on jusqu'à ce que le matelas devienne dur ;
* fermer le robinet et déconnecter le disposi7f d’aspira7on ;
* ajuster les sangles de main7en.

#### Risques & contraintes

La rigidité du matelas doit être surveillée en permanence. Toute diminu7on de celle-­‐ci (piqûre, déchirure…) nuit à la qualité de l’immobilisa7on générale de la vic7me.

Le transport de la vic7me doit se faire en déposant l’ensemble *vic(me-­‐matelas* sur un brancard ou un plan dur et après l’avoir arrimé.

Le MID peut être u7lisé seul, une fois rigidiﬁé, pour porter sur quelques mètres seulement une vic7me. Il faut alors bien le soutenir sur les côtés pour qu’il ne se plie pas en son milieu.

Un épanchement de sang de la vic7me (hémorragie extériorisée, reprise du saignement d’une hémorragie externe…) peut facilement être masqué par ce type d’immobilisa7on.

#### Evaluation

L’immobilisa7on sur un matelas immobilisateur à dépression est correcte si :

* aucun mouvement de la vic7me n’est possible ;
* la vic7me ne peut ni glisser vers le haut, ni vers le bas ou sur le côté ;
* les sangles ne gênent pas la respira7on de la vic7me ;
* le matelas n’est pas au contact avec le haut du crâne.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 M 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Maintien de la tête en position neutre

#### Indication

Le main7en de la tête du blessé en posi7on neutre est systéma7que dès qu’un trauma7sme de la tête, de la nuque ou du dos de la vic7me est suspecté et dans l’aFente d’une immobilisa7on complète de l’axe tête-­‐ cou-­‐tronc.

Le main7en de la tête peut être éventuellement interrompu si la vic7me est allongée à plat dos, calme et porteuse d’un collier cervical.

#### Justification

Le main7en de la tête du blessé en posi7on neutre, dans l’alignement du tronc, limite les mouvements intempes7fs du cou et permet la mise en place d’un collier cervical et l’immobilisa7on de la vic7me.

#### Matériel

Aucun matériel .

#### Réalisation

##### Victime allongée sur le dos

* + Se placer à genoux dans l’axe de la vic7me, côté tête ;

Il est possible de prendre appui, avec les coudes, sur le sol ou sur les genoux pour diminuer la fa7gue.

* + placer les mains de chaque côté de la tête de la vic7me ;

Si la tête n’est pas l’axe du corps, la replacer délicatement dans l’axe du tronc sans exercer de trac7on jusqu'à ce que la vic7me regarde droit devant.

* + maintenir la posi7on :
    - au moins, jusqu’à l’immobilisa7on du rachis cervical au moyen d’un collier ;
    - en général, jusqu’à l'immobilisa7on complète du rachis.

##### Victime debout ou assise

* Se posi7onner de préférence derrière la vic7me ;
* placer les mains de chaque côté de la tête de la vic7me ;
* replacer délicatement la tête dans l’axe du tronc, en soulageant le rachis cervical du poids de la tête, jusqu'à ce que la vic7me regarde droit devant ;
* maintenir la posi7on tant que l’axe tête-­‐cou-­‐ tronc n’est pas complètement immobilisé (ACT, plan dur et immobilisateur de tête)

#### Risques & contraintes

Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en posi7on neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue si :

* une résistance au déplacement de la tête est perçue ;
* le déplacement déclenche ou aggrave une douleur cervicale ;
* le déplacement déclenche des sensa7ons anormales (fourmillements, décharges électriques) dans les membres supérieurs ou inférieurs.

Dans ces cas, maintenir la tête dans la posi7on où elle se trouve dans l’aFente d’un renfort.

#### Evaluation

La remise en posi7on neutre de la tête ainsi que son main7en ne doivent pas aggraver l’état de la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Pose d’une attelle cervico-thoracique

#### Indication

L’aFelle cervico-­‐thoracique (ACT) est u7lisée pour immobiliser la tête, la nuque et le dos d’une vic7me suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale qui est assise ou dans toute autre posi7on rendant son accès diﬃcile.

L’ACT est mise en place après avoir placé un collier cervical.

#### Justification

Lorsqu’un trauma7sme de la colonne vertébrale est suspecté, l’ACT permet de limiter considérablement les risques d’aggrava7on au cours des manipula7ons nécessaires à l’immobilisa7on de la vic7me sur un plan dur ou un matelas à dépression.

#### Matériel

Une ACT composée :

* + d’un corset semi-­‐rigide (dans le sens de la hauteur), cons7tué d’une bande thoracique (corset) relié à un rabat qui immobilise la tête ;
  + de 3 sangles thoraciques ;
  + de 2 sangles de cuisses ;
  + de poignets de portage ;
  + d’un coussin de tête ;
  + de sangles de main7en de la tête au niveau du front et du menton ;
  + d’un sac de rangement.

#### Réalisation

La mise en place d’une ACT nécessite trois intervenants :

* + un secouriste, placé derrière la vic7me, main7ent la tête de la vic7me pendant toute la manœuvre (secouriste 1) ;
  + deux secouristes se placent de part et d’autre de la vic7me pour installer l’ACT (secouristes 2 et 3).

Après avoir posé le collier cervical :

* le secouriste 2 ou 3 doit :
  + contrôler la motricité et la sensibilité de l’extrémité de chaque membre, si cela n’a pas été réalisé au cours du bilan complémentaire ;
* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + décoller légèrement la vic7me du dossier du siège tout en maintenant l’axe tête-­‐cou-­‐ tronc ;
  + examiner alors le dos de la vic7me ;
* le secouriste 2 ou 3 doit :
  + insérer l’ACT, extrémité de la tête en premier entre le dos de la vic7me et le dossier du siège, sans toucher les avant-­‐ bras du secouriste qui main7ent la tête de la vic7me ;
* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + centrer l’ACT sur l’axe de la colonne vertébrale ;
  + ramener la vic7me au contact de l’ACT ;
  + glisser ensuite les par7es mobiles du corset sous les bras de la vic7me (par7e supérieure des bandes thoraciques au contact des aisselles) ;
  + maintenir le corset thoracique en aFachant la sangle thoracique du milieu, puis inférieure et supérieure ;

Chez l’enfant, il est possible de rouler une couverture devant le thorax et l’abdomen si l’ACT est trop grande.

Chez la femme enceinte, au cours des derniers mois de la grossesse, la sangle thoracique inférieure ne doit pas être serrée sur l’abdomen.

Chez une vic7me qui présente un trauma-­‐ 7sme du thorax, la sangle thoracique supérieure ne doit pas être trop serrée aﬁn de ne pas gêner la respira7on.

* + aFacher les sangles de cuisses en passant sous les cuisses.

Les sangles peuvent éventuellement être croisées devant le pubis, s’il n’y a pas de trauma7sme au niveau du bassin.

En cas de suspicion de fracture du fémur, la sangle de la cuisse correspondante ne doit pas être placée.

* + - serrer alors l’ensemble des sangles ;
    - combler si nécessaire l’espace situé entre la bande de tête et la par7e postérieure de la tête de la vic7me avec le coussin plié ;
    - maintenir les bandes de chaque côté de la tête par les deux sangles ;

L’une des sangle prend appui sur le front de la vic7me et l’autre sous le menton sur la par7e haute et rigide du collier cervical.

Les doigts du secouriste 1 sont déplacés pour permeFre ceFe manœuvre.

* + - ajuster et resserrer, si nécessaire, les diﬀérentes ﬁxa7ons de façon à ce que

Le main7en de la tête peut être relâché.

Une fois immobilisée, la vic7me doit être allongée sur un plan dur ou un matelas à dépression. Pour cela, la vic7me sera saisie par les poignées de l’ACT et les membres inférieurs par deux secouristes. Le troisième secouriste peut aider à ceFe manoeuvre. Une fois la vic7me allongée, les sangles des cuisses peuvent être ajustées pour allonger les membres inférieurs.

#### Risques & contraintes

Le non respect de la technique est suscep7ble d’aggraver une lésion de la colonne vertébrale.

Des sangles thoraciques trop serrées sont suscep7bles d’aggraver une détresse respiratoire.

l’aFelle ne bouge pas et ne glisse pas au

cours du déplacement ou du relevage de la

vic7me.

Eviter de comprimer le thorax et de limiter les mouvements respiratoires.

A la ﬁn de la manoeuvre :

* contrôler la motricité et la sensibilité de l’extrémité de chaque membre.

#### Evaluation

La tête de la vic7me est parfaitement maintenue et l’immobilisa7on du rachis assurée.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 P 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Pose d’un collier cervical

#### Indication

Le collier cervical est mis en place dès qu’une lésion du rachis cervical est suspectée, après installa7on de la tête de la vic7me en posi7on neutre et avant tout

* ajuster la hauteur du collier, si c’est possible (selon le modèle) ;
* ﬁxer les sangles.

déplacement (immobilisa7on, désincarcéra7on, relevage).

Si la vic7me est allongée sur le ventre, le collier cervical est installé après son retournement.

#### Justification

En limitant les mouvements du rachis cervical, le collier diminue le risque d’appari7on ou d’aggrava7on d’une lésion de la moelle épinière. Toutefois, il n’est pas suﬃsant à lui seul pour assurer une immobilisa7on totale.

#### Matériel

* + Un collier cervical adapté à la taille de la vic7me.

#### Réalisation

##### Victime allongée sur le dos

* + Le 1er secouriste doit :
    - maintenir la tête en posi7on neutre pendant toute la manœuvre ;
  + le 2ème secouriste doit :
    - dégager tout ce qui peut gêner la mise en place du collier cervical ;
    - choisir un collier cervical adapté à la taille de la vic7me ou en régler la taille ;

La hauteur du collier cervical doit être égale à la distance qui sépare le menton du haut du sternum de la vic7me. Ce réglage se fait en fonc7on du modèle u7lisé.

* + - glisser la par7e arrière du collier sous la nuque de la vic7me en dégageant la ou les bandes auto-­‐agrippantes ;
    - posi7onner la par7e avant du collier aﬁn d’obtenir un bon appui menton-­‐sternum ;

Après la pose du collier cervical, la tête reste maintenue

à deux mains, en règle générale par le 1er secouriste, jusqu’à l’immobilisa7on complète du rachis.

##### Victime assise

* Le 1er secouriste doit :
  + se placer de préférence derrière la vic7me ;
  + maintenir la tête en posi7on neutre durant toute la manœuvre ;
* le 2ème secouriste doit :
  + dégager tout ce qui peut gêner la mise en place du collier cervical ;
  + choisir un collier adapté à la vic7me ou en régler la taille ;
  + posi7onner la par7e avant du collier aﬁn d’obtenir un bon appui menton-­‐sternum ;
  + glisser la par7e arrière du collier sous la nuque de la vic7me ;
  + entourer le cou de la vic7me avec le collier et ﬁxer les bandes auto-­‐agrippantes.

Après la pose du collier cervical, la tête reste maintenue à deux mains par le 1er secouriste.

#### Risques & contraintes

Une aggrava7on ou l’appari7on d’un trauma7sme de la moelle épinière peut survenir si le main7en de la tête n’est pas correctement assuré et que la pose du collier entraîne des mouvements de la tête.

Si le collier cervical n’est pas de taille adaptée au cou de la vic7me, les mouvements de la tête sont possibles.

Le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rota7on et de latéralité de la nuque. C’est pourquoi il doit toujours être associé à un système d’immobilisa7on complémentaire.

#### Evaluation

Une fois mis en place, le sternum et le menton en avant, le haut du dos et la base de la tête en arrière, les clavicules et les angles de la mandibule latéralement doivent être en contact avec le collier.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Réalignement de membre

#### Indication

Le réalignement est eﬀectué chaque fois que possible par un médecin.

En l’absence de médecin, on peut être amené, sur avis médical, à réaligner un avant-­‐bras ou une jambe qui présente une fracture fermée, c’est à dire lui faire recouvrer un axe proche de la normale.

Ce réalignement est indiqué par la présence de signes de complica7ons vasculaires ou neurologiques (membre froid, pâle, insensible) ou si la déforma7on empêche la mise en place d’un disposi7f d’immobilisa7on.

#### Justification

La présence d’une déforma7on angulaire au niveau d’un membre fracturé peut entraîner une complica7on nerveuse ou vasculaire et cons7tuer un obstacle ou une gêne à la mise en place d’un matériel d’immobilisa7on spéciﬁque.

Le réalignement d’un membre trauma7sé permet de :

* limiter les complica7ons de compression vasculaire ou nerveuse ;
* meFre en place une aFelle.

#### Matériel

Aucun matériel.

##### Fracture fermée de la jambe

CeFe technique nécessite que le secouriste soit assisté d’une seconde personne.

Le secouriste doit :

* faire réaliser le main7en du genou de la vic7me par la personne qui l’assiste ;

Il veille à ce que celle-­‐ci saisisse à deux mains le genou de la vic7me et le bloque.

* saisir à deux mains la cheville et ramener progressivement la jambe dans l’axe normal du membre inférieur en exerçant une trac7on douce.

La trac7on n’est relâchée qu’après immobilisa7on du membre.

#### Risques & contraintes

Le réalignement d’un membre doit être immédiatement interrompu et un nouvel avis médical demandé si :

* il existe une résistance au réalignement ;
* la douleur provoquée devient intolérable pour la vic7me.

Pendant ou après le réalignement, des complica7ons vasculaires (hématome, compression d’un vaisseau) ou neurologiques (perte de la sensibilité ou de la motricité) peuvent apparaître. Dans ces cas, un nouvel avis médical doit être demandé.

#### Réalisation

##### Fracture fermée de l’avant-bras

Le secouriste doit :

* + saisir et bloquer avec une main l’ar7cula7on du coude de la vic7me ;
  + saisir le poignet ou la main de la vic7me, avec son autre main ;
  + ramener progressivement l’avant bras dans l’axe en exerçant une trac7on douce.

La trac7on n’est relâchée qu’après immobilisa7on du membre.

#### Evaluation

Le réalignement de membre est correct si :

* il est possible de poser sans diﬃculté un moyen d’immobilisa7on spéciﬁque ;
* on constate une aFénua7on de la douleur et des signes de complica7ons.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 07 R 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Retrait d’un casque de protection

#### Indication

Le retrait du casque de protec7on d’une vic7me est indiqué :

* + dans tous les cas, si au moins deux interve-­‐ nants sont présents ;
  + si la vic7me a perdu connaissance, lorsqu’un seul intervenant est présent.

La réalisa7on du retrait du casque de protec7on doit alors permeFre de rechercher les signes de respira7on, après avoir libéré les voies aériennes.

#### Justification

La présence d’un casque de protec7on chez la vic7me peut occasionner une geste dans la réalisa7on de l’examen et des gestes de secours.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### A deux secouristes

Le 1er secouriste, chargé du retrait du casque, doit :

* + se placer à genoux dans l’axe de la tête de la vic7me ;

Il doit être suﬃsamment éloigné pour pouvoir re7rer le casque sans avoir à se reculer (distance un peu supérieure à la hauteur du casque, de son sommet à la jugulaire).

* + maintenir le casque en plaquant ses mains de chaque côté, la tête en posi7on neutre et dans l’alignement de l’axe du tronc.

Le 2ème secouriste doit :

* + s’installer, à côté de la tête, en trépied genou relevé du coté des pieds de la vic7me ;
* détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque *avec jugulaire*) ou déverrouiller le disposi7f de ﬁxa7on du casque au niveau du menton de la vic7me ;
* relever la visière du casque et re7rer les luneFes de la vic7me, si nécessaire ;
* glisser la main du côté de la tête de la vic7me sous la nuque, avant-­‐bras en appui sur sa cuisse ;
* placer les doigts de l’autre main en crochet sous le menton, coude appuyé sur le genou relevé et maintenir ainsi fermement la tête et le cou dans l’axe du corps.

Le 1er secouriste doit :

* saisir le casque par les par7es latérales du bord inférieur ;
* 7rer doucement le casque vers lui dans l’axe en le faisant glisser sur le sol ;

Il est parfois nécessaire de basculer légèrement le casque d’arrière en avant sans le décoller du sol, en limitant les mouvements de la tête, pour ne pas accrocher le nez ;

* arrêter la manœuvre lorsque le bord inférieur du casque se trouve au-­‐dessus de la racine du nez de la vic7me.

Le main7en de la tête n’est jamais relâché durant ce retrait.

Le 2ème secouriste, dès l’arrêt du retrait, doit :

* reposi7onner ses prises, en glissant la main qui main7ent la nuque vers le bas du crâne.

Ce reposi7onnement a pour objet d’éviter une chute brutale de la tête de la vic7me lors du retrait complet du casque.

Le 1er secouriste doit :

* re7rer complètement le casque ;
* maintenir la tête en posi7on neutre (prise latéro-­‐latérale) dans l’aFente de la mise en place d’un collier cervical puis
* accompagner délicatement la tête de la vic7me jusqu’au sol.

##### En secouriste isolé

Le retrait du casque à un secouriste est un geste extrêmement délicat.

* + Relever la visière du casque ;
  + re7rer les luneFes de la vic7me, éventuel-­‐ lement ;
  + maintenir le casque de la vic7me d’une main ;
  + détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque *avec jugulaire*), ou déverrouiller le disposi7f de ﬁxa7on du casque au niveau du menton de la vic7me, avec l’autre main ;
  + se placer dans l’axe de la tête de la vic7me ;

Il convient d’être suﬃsamment éloigné de la vic7me pour pouvoir re7rer le casque sans avoir à se reculer ;

* + saisir le casque par les par7es latérales du bord inférieur ;
  + 7rer doucement le casque, dans l’axe, en le faisant glisser sur le sol jusqu'à ce que le bord inférieur de la mentonnière soit à la racine du nez ;
  + déplacer une main pour saisir le bord inférieur de la par7e supérieure du casque ;
  + glisser doucement l’autre main sous la base du crâne de la vic7me pour la maintenir ;
  + 7rer doucement le casque en arrière en le faisant basculer légèrement pour ne pas accrocher le nez de la vic7me et simulta-­‐

nément déposer délicatement la tête sur le sol en la gardant le plus possible dans l’axe.

#### Risques & contraintes

Une mobilisa7on du rachis cervical ou de la tête de la vic7me au cours de la manœuvre de retrait du casque peut entraîner une aggrava7on de son état et des séquelles graves.

La mise en place d’un collier cervical sur la vic7me est de règle après avoir re7ré le casque à deux secouristes.

Le retrait du casque de protec7on par un seul sauveteur, doit rester un geste excep7onnel, qui doit être réalisé seulement s’il ne peut pas obtenir un renfort immédiat.

#### Evaluation

La nuque et la tête de la vic7me doivent rester immobiles durant toute la manœuvre.

## Relevage et brancardage

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **VERSION** | **MISE À JOUR** |
| FT | 08 | A | 01 | Aide à la marche | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | A | 02 | Arrimage d’une vic7me | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | B | 01 | Brancardage à quatre sauveteurs | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | B | 02 | Brancardage à trois sauveteurs | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | D | 01 | Déplacement d’une vic7me à l’aide d’une chaise de transport | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | D | 02 | Déplacement d’une vic7me non valide | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | I | 01 | Installa7on d’une vic7me dans un vecteur de transport | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | P | 01 | Prépara7on d’un disposi7f de portage | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | R | 01 | Relevage au moyen d’un brancard cuillère | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | R | 02 | Relevage à quatre sauveteurs | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | R | 03 | Relevage à trois sauveteurs | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | R | 04 | Relevage d’une vic7me en posi7on par7culière | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | R | 05 | Retournement d’urgence à deux sauveteurs | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | R | 06 | Retournement d’urgence à un sauveteur | 1.1.1 | Septembre 2014 |
| FT | 08 | T | 01 | Tranfert à l’aide d’une alèse portoir | 1.1.1 | Septembre 2014 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 A 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Aide à la marche

#### Indication

CeFe technique est indiquée pour aider un blessé léger, qui peut maintenir la sta7on debout, à marcher sur quelques mètres.

#### Justification

CeFe technique permet de déplacer une vic7me qui peut temporairement garder la sta7on debout vers une zone calme (bord du terrain) ou un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

##### A un secouriste

CeFe technique est u7lisée si la vic7me est capable de porter son propre poids et de se tenir debout sur ses deux jambes. Il convient :

* + d’aider la vic7me à se meFre debout ;
  + passer le bras de la vic7me autour de son cou et le maintenir au niveau du poignet avec une main ;
  + passer son avant bras derrière le dos de la vic7me et la maintenir en passant la main sous l’aisselle ou au niveau de la ceinture.

##### A deux secouristes

CeFe technique est u7lisée si la vic7me a des diﬃcultés pour se tenir debout seule.

La technique est la même que celle à un secouriste, mais, dans ce cas, un secouriste se place de chaque côté de la vic7me.

#### Risques & contraintes

Le secouriste ne doit jamais u7liser une technique d’aide à la marche si la vic7me est suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale ou des membres.

#### Evaluation

Le déplacement de la vic7me n’entraîne pas de désagrément pour celle-­‐ci.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 A 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Arrimage d’une victime

#### Indication

Toute vic7me doit être arrimée sur un brancard ou tout autre disposi7f de transport avant son brancardage.

#### Justification

* veillez à ce qu’aucune sangle n’appuie sur :
  + une blessure ;
  + sur le cou ;
  + sur la par7e inférieure du thorax ;
  + sur la par7e supérieure de l'abdomen.

Les mouvements entraînés au cours du brancardage peuvent être à l’origine d’une chute de la vic7me. Aﬁn d’éviter cela, la vic7me doit obligatoirement être arrimée.

#### Matériel

Si la vic7me est installée dans un matelas immobi-­‐ lisateur à dépression posé sur un brancard, l’arrimage de l’ensemble « matelas-­‐vic7me » s’eﬀectue de la même façon.

Si le brancard n’est pas équipé de sangles de ﬁxa7on, les secouristes peuvent arrimer la vic7me en u7lisant une sangle de deux mètres de long, en évitant l’u7lisa7on de cordes et cordages.

* + - Disposi7f de transport de vic7me (brancard)

équipé d’un système d’arrimage ;

* + - sangles de ﬁxa7on ou sangle araignée.

#### Réalisation

* + - Refermer le drap, la ou les couverture(s) sur la vic7me ;
    - arrimer la vic7me au brancard au moyen :
      * d’une sangle araignée ;
      * de trois sangles passant au niveau :
        + de la par7e supérieure du thorax (en passant au dessus d’un bras et en dessous de l’autre) ;
        + du bassin ;
        + des cuisses, juste au dessus des genoux ;

#### Risques & contraintes

Un serrage excessif est suscep7ble d’occasionner à la vic7me :

* + - une compression ou une blessure ;
    - une sensa7on d’oppression.

#### Evaluation

L’arrimage sur le brancard main7ent la vic7me en totalité, sans compression de la par7e inférieure du thorax, de la par7e supérieure de l’abdomen ou d’une éventuelle lésion.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 B 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brancardage à quatre sauveteurs

#### Indication

CeFe technique est indiquée lorsqu’une vic7me doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un poste de secours ou un véhicule d’évacua7on, en par7culier lorsque le trajet s’avère long ou diﬃcile ou bien que la vic7me est de forte corpulence.

#### Justification

Le brancardage permet de transporter une vic7me qui ne peut pas, ou ne doit pas, se déplacer par ses propres moyens.

#### Matériel

* + - Disposi7f de transport de vic7me (brancard) équipé d’un système d’arrimage.
    - Sangles de ﬁxa7on ou sangle araignée.

#### Réalisation

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite quatre intervenants :

* + - un secouriste, placé au pied de la vic7me commande la manoeuvre (secouriste 1) ;
    - un second secouriste, se place au pied, de l’autre côté (secouriste 4) ;
    - deux secouristes, se placent à la tête de la vic7me, de part et d’autre du brancard (secouristes 2 et 3).

Préalablement à la manœuvre de brancardage, la vic7me a été installée et arrimée dans le brancard.

Tradi7onnellement, la vic7me est brancardée tête en avant, dans le sens de la marche.

##### Brancardage en terrain plat

Ini7alement :

1er secouriste : « Pour le brancardage… En position ! »

L'ensemble des secouristes s’accroupit devant sa poignée en faisant face au brancard, cuisses écartées, dos plat.

1er secouriste : « Etes-vous prêts ? »

2ème , 3ème et 4ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

L'ensemble des secouristes se relève, à la force des cuisses en conservant le dos plat.

1er secouriste : « Attention pour avancer… »

Les secouristes pivotent alors d’un quart de tour pour se retrouver dans le sens de la marche, une main devant la poignée du brancard, l’autre restant libre.

1er secouriste : « Avancez ! »

Les secouristes avancent avec le brancard.

En cours de déplacement les secouristes placés à l’avant annoncent tout obstacle dès qu’ils l’aperçoivent.

Lorsque c’est nécessaire (relais, passage d’obstacle…) le chef commande l’arrêt du brancard :

1er secouriste : « Attention pour arrêter… Arrêtez ! »

Puis lorsque cela s’avère nécessaire, aﬁn de le poser :

1er secouriste : « Attention pour poser… »

Les secouristes pivotent alors d’un quart de tour aﬁn de faire face au brancard, reposent la main libre sur la poignée.

1er secouriste : « Posez ! »

Le brancard est descendu horizontalement et posé doucement sur le sol.

##### Franchissement d'obstacle

Après que l’obstacle ait été signalé par l'un des secouristes placé à l’avant :

* ramener le brancard perpendiculairement à l’obstacle, tout contre celui-­‐ci ;

1er secouriste : « Face au brancard ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + faire un quart de tour aﬁn de faire face au brancard ;
    - reposer la main libre sur la poignée du brancard .
* le secouriste 4 doit :
  + passer entre les poignées ;
  + soutenir les deux poignées.

Le secouriste 1 peut alors :

* reconnaître l’obstacle et le franchir ;
* se posi7onner après l’obstacle aﬁn de pouvoir récep7onner le brancard.

1er secouriste : « Envoyez ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + faire coulisser le brancard vers l’avant, jusqu’à ce que le secouriste 1 puisse en récupérer les poignées, d’une part, et commander l’arrêt du mouvement, d’autre part.
* le secouriste 4 doit :
  + soutenir le brancard en accompagnant son mouvement vers l'avant.

Après que le secouriste 1 ait commandé l’arrêt du brancard :

* le secouriste 4 doit :
  + soutenir le brancard.
* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + se dégager du brancard ;
  + passer rapidement de l’autre côté de l’obstacle ;
  + soutenir le brancard, de chaque côté, au plus près de l’obstacle.

1er secouriste : « Envoyez ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + faire coulisser le brancard vers l’avant, jusqu’à ce que le secouriste resté en arrière soit à son tour au contact de l’obstacle.
* le secouriste 4 doit :
  + soutenir le brancard en accompagnant son mouvement vers l'avant, jusqu’à être au contact de l’obstacle ;
  + lâcher le brancard ;
  + passer de l’autre côté de l’obstacle.

Après que le secouriste 4 ait lâché le brancard les trois autres secouristes terminent le franchissement de l’obstacle et s’arrêtent à distance de celui-­‐ci. Le

secouriste 4 peut alors venir se placer entre les deux poignées arrières du brancard.

Le secouristes 2 et 3, placés sur le côté, peuvent alors se dégager et reprendre leur place à l’avant.

Le secouriste 1 peut ensuite regagner sa place à l’arrière.

##### Passage étroit

A proximité du passage étroit, le secouriste 1 fait arrêter la progression. Puis, il commande aux secouristes de passer, les uns après les autres, à l’intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher.

A l’issue de ceFe manoeuvre, les secouristes doivent se retrouver dos-­‐à-­‐dos à l’intérieur des hampes du brancard.

1er secouriste : « Avancez ! »

Les secouristes progressent alors en *pas chassés* au travers du passage.

Une fois le franchissement du passage étroit terminé, le brancard est à nouveau arrêté aﬁn de permeFre à chaque secouriste de reprendre sa place ini7ale, à l’extérieur des hampes, dans le sens de la progression.

##### Brancardage en pente ou dans un escalier

Après avoir vériﬁé l’arrimage de la vic7me, le chef demande aux secouristes qui sont vers le bas, de tenir les poignées à deux mains et de les relever jusqu’à la ceinture, la poitrine ou l’épaule de façon à maintenir le brancard en posi7on horizontale.

Si la progression se fait dans le sens de la descente, il est préférable de brancarder la vic7me les pieds en avant.

#### Risques & contraintes

Aﬁn de limiter les lésions du dos, les secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres donnés permet une parfaite synchronisa7on des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la vic7me.

#### Evaluation

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes. Le brancard est maintenu en posi7on horizontale.

Le déplacement de la vic7me est souple, sans secousse ni balancement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 B 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Brancardage à trois sauveteurs

#### Indication

CeFe technique est indiquée lorsqu’une vic7me doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un poste de secours ou un véhicule d’évacua7on.

#### Justification

Le brancardage permet de transporter une vic7me qui ne peut pas, ou ne doit pas, se déplacer par ses propres moyens.

#### Matériel

* Disposi7f de transport de vic7me (brancard) équipé d’un système d’arrimage.
* Sangles de ﬁxa7on ou sangle araignée.

#### Réalisation

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants :

* un secouriste placé au pied de la vic7me, entre les deux hampes du brancard, commande la manoeuvre (secouriste 1) ;
* deux secouristes, se placent à la tête de la vic7me, de part et d’autre du brancard (secouristes 2 et 3).

Préalablement à la manœuvre de brancardage, la vic7me a été installée et arrimée dans le brancard.

Tradi7onnellement, la vic7me est brancardée tête en avant, dans le sens de la marche.

##### Brancardage en terrain plat

Ini7alement :

1er secouriste : « Pour le brancardage… En position ! »

L'ensemble des secouristes s’accroupit devant sa poignée en faisant face au brancard, cuisses écartées, dos plat.

1er secouriste : « Etes-vous prêts ? »

2ème , 3ème et 4ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

L'ensemble des secouristes se relève, à la force des cuisses en conservant le dos plat.

1er secouriste : « Attention pour avancer… »

Les secouristes 2 et 3 pivotent alors d’un quart de tour pour se retrouver dans le sens de la marche, une main devant la poignée du brancard, l’autre restant libre.

1er secouriste : « Avancez ! »

Les secouristes avancent avec le brancard.

En cours de déplacement les secouristes placés à l’avant annoncent tout obstacle dès qu’ils l’aperçoivent.

Lorsque c’est nécessaire (relais, passage d’obstacle…) le chef commande l’arrêt du brancard :

1er secouriste : « Attention pour arrêter… Arrêtez ! »

Puis ensuite, aﬁn de le poser :

1er secouriste : « Attention pour poser… »

Les secouristes 2 et 3 pivotent alors d’un quart de tour aﬁn de faire face au brancard, reposent la main libre sur la poignée.

1er secouriste : « Posez ! »

Le brancard est descendu horizontalement et posé doucement sur le sol.

Si le brancardage est réalisé au moyen d’un chariot brancard, il est plus facile de le réaliser après avoir soulevé le chariot et déployé ses pieds.

Dans ce cas de ﬁgure, un équipier se place à l’arrière, entre les hampes du chariot et le pousse tout en le dirigeant. Les deux autres saisissent le chariot par les hampes avant pour faciliter sa progression et le maintenir.

##### Franchissement d'obstacle

Après que l’obstacle ait été signalé par l'un des secouristes placé à l’avant :

* ramener le brancard perpendiculairement à l’obstacle, tout contre celui-­‐ci ;

1er secouriste : « Face au brancard ! »

* + les secouristes 2 et 3 doivent :
    - faire un quart de tour aﬁn de faire face au brancard ;
    - reposer la main libre sur la poignée du brancard ;
    - poser l’avant du brancard sur l’obstacle.
  + le secouriste 1 doit maintenir le brancard.

Puis :

* + les secouristes 2 et 3 doivent :
    - se dégager du brancard ;
    - passer rapidement de l’autre côté de l’obstacle ;
    - saisir les poignées avant du brancard.

1er secouriste : « Envoyez ! »

* + les secouristes 2 et 3 doivent :
    - faire progresser le brancard vers l’avant, jusqu’à ce que le secouriste 1, resté en arrière, soit à son tour au contact de l’obstacle.

Après que le secouriste 1 ait commandé l’arrêt du brancard :

* + le secouriste 1 doit :
    - se dégager du brancard ;
    - passer rapidement de l’autre côté de l’obstacle ;
    - venir se placer entre les deux poignées avant du brancard.
  + les secouristes 2 et 3 doivent :
    - coulisser le long du brancard, sans le lâcher, jusqu’à être en contact avec l’obstacle ;
    - saisir la hampe à deux mains.

1er secouriste : « Envoyez ! »

Les secouristes dégagent alors le brancard de l’obstacle.

Le secouriste 1 commande de poser le brancard. Une fois celui-­‐ci au sol, chacun reprend sa place ini7ale.

##### Passage étroit

A proximité du passage étroit, le secouriste 1 fait arrêter la progression. Puis, il commande aux secouristes 2 et 3

de passer, l’un après l’autre, à l’intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher.

A l’issue de ceFe manoeuvre, les secouristes 2 et 3 doivent se retrouver dos-­‐à-­‐dos à l’intérieur des hampes du brancard.

1er secouriste : « Avancez ! »

Les secouristes progressent au travers du passage, en

*pas chassés* pour ceux situés entre les hampes.

Une fois le franchissement du passage étroit terminé, le brancard est à nouveau arrêté aﬁn de permeFre aux secouristes 2 et 3 de reprendre leur place ini7ale, à l’extérieur des hampes, dans le sens de la progression.

##### Brancardage en pente ou dans un escalier

Après avoir vérifié l’arrimage de la victime, le chef place :

* un secouriste à l’avant et deux à l’arrière, si la progression se fait dans le sens de la montée ;
* deux secouristes vers l'avant et un vers l’arrière, si la progression se fait dans le sens de la descente.

Ensuite, il commande aux secouristes qui sont vers le bas, de tenir les poignées à deux mains et de les relever jusqu’à la ceinture, la poitrine ou l’épaule de façon à maintenir le brancard en posi7on horizontale.

Si la progression se fait dans le sens de la descente, il est préférable de brancarder la vic7me les pieds en avant.

#### Risques & contraintes

Aﬁn de limiter les lésions du dos, les secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres donnés permet une parfaite synchronisa7on des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la vic7me.

#### Evaluation

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes. Le brancard est maintenu en posi7on horizontale.

Le déplacement de la vic7me est souple, sans secousse ni balancement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 D 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Déplacement d’une victime à l’aide d’une chaise de transport

#### Indication

La chaise de transport peut être u7lisée si :

* + la vic7me ne présente pas de détresse ou d'aFeinte grave ;
  + la vic7me peut supporter la posi7on assise.

#### Justification

L'u7lisa7on d'une chaise de transport pour déplacer une vic7me permet de répondre à une diﬃculté réelle de brancardage en étages, dans les escaliers ou ascenseur étroits.

#### Matériel

* + Une chaise de transport, préalablement préparée.

#### Réalisation

Après avoir installé et arrimé la vic7me sur la chaise de transport il convient de :

* + demander à la vic7me de garder ses mains croisées sur sa poitrine et de ne pas essayer de s’agripper ;
  + saisir la chaise par les poignées ;
  + basculer légèrement la chaise de transport en arrière après avoir prévenu la vic7me ;
* faire rouler la chaise de transport sur le sol en prenant garde aux obstacles qui peuvent se présenter.

Lorsque qu’un obstacle ou un escalier doit être franchi :

* un deuxième secouriste doit :
  + saisir les poignées au niveau des pieds de la vic7me pour aider le premier secouriste à soulever la chaise ;
* un troisième secouriste doit :
  + précéder les déplacements de la chaise pour:
    - ouvrir les portes ;
    - enlever les objets qui pourraient gêner le passage ;
    - sécuriser le sauveteur aux pieds en le tenant par la ceinture lors de la descente des escaliers.

Dès que possible la chaise est placée à côté du brancard aﬁn de procéder au transfert.

#### Risques & contraintes

Le verrouillage de la chaise ainsi que l'arrimage de la vic7me sont systéma7quement vériﬁés avant la manœuvre aﬁn d’éviter toute chute.

Aﬁn de limiter les lésions du dos, les secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

#### Evaluation

La vic7me reste convenablement assise et son état ne s’aggrave pas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 D 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Déplacement d’une victime non valide

#### Indication

CeFe technique est indiquée pour déplacer une vic7me, non valide, qui n’est pas suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale ou des membres, sur quelques mètres.

#### Justification

Ces techniques permeFent de déplacer une vic7me sur une courte distance vers une zone calme, un abri pour la protéger des intempéries ou un endroit où elle pourra être allongée.

#### Matériel

* Une chaise, éventuellement.

#### Réalisation

##### Déplacement par saisie des extrémités

CeFe technique est pra7que pour déplacer une vic7me qui se trouve dans un espace étroit.

Le déplacement est réalisé au minimum par deux secouristes.

Pour cela, après avoir aidé la vic7me à s’asseoir :

* Le secouriste 1 doit :
  + s’accroupir derrière le dos de la vic7me ;
  + passer ses avant-­‐bras sous ses aisselles et saisir les poignets opposés.
* Le secouriste 2 doit :
  + s’accroupir entre les jambes de la vic7me, face à la marche ;
  + passer ses bras de l’extérieur vers l’intérieur sous les genoux de la vic7me.

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème secouriste : « Prêt ! »

1er secouriste : « Avancez ! »

Les secouristes se redressent et se dirigent vers l’avant. Arrivés à des7na7on :

1er secouriste : « Halte ! Attention pour poser… Posez ! »

Les deux secouristes déposent délicatement la vic7me au sol.

Déplacement par une *chaise à mains*

Le déplacement est réalisé au minimum par deux secouristes. Pour cela :

* se placer de chaque côté de la vic7me, au niveau de ses hanches ;
* passer un avant bras derrière le dos de la vic7me puis saisir l’épaule du secouriste placé en face ;
* passer l’autre avant bras sous les genoux de la vic7me et agripper l’autre secouriste par les poignets ;

Un anneau de toile solide peut être u7lisé ; chaque secouriste agrippe alors l’anneau de toile.

* demander à la vic7me de s’asseoir et de placer ses bras autour du cou de chacun des secouristes.

La vic7me est déplacée au commandement de l’un des secouristes.

##### Déplacement à l’aide d’une *chaise*

Le déplacement est réalisé au minimum par deux secouristes. Pour cela :

* choisir une chaise d’ameublement suﬃsam-­‐ ment solide pour supporter le poids de la vic7me ;
* faire asseoir la vic7me. Ensuite :
* le secouriste 1 doit :
  + s’accroupir derrière le dossier de la chaise et saisir le bas du dossier ;
  + basculer tout doucement la chaise en arrière après avoir prévenu la vic7me et en la maintenant d’une main.
* le secouriste 2 doit :
  + s’accroupir entre les pieds avant de la chaise, face à la vic7me ;
  + saisir l’extrémité des pieds de la chaise.

Les jambes de la vic7me doivent rester entre les pieds de la chaise.

Au commandement du secouriste 1, les deux secouristes doivent :

* se relever simultanément ;
* déplacer la vic7me sur sa chaise.

#### Risques & contraintes

Le secouriste ne doit jamais u7liser une technique de déplacement de la vic7me si la vic7me est suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale ou des membres.

Si le secouriste respecte l’indica7on de ces techniques, il ne doit pas aggraver l’état de l vic7me.

#### Evaluation

Le déplacement de la vic7me n’entraîne pas de désagrément pour celle-­‐ci.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 I 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Installation d’une victime dans un vecteur de transport

#### Indication

CeFe technique est indiquée pour isoler ou transporter une vic7me installée sur un brancard.

#### Justification

L’u7lisa7on d’un véhicule de secours rend plus confortable la prise en charge d’une vic7me voire son transport.

#### Matériel

* Un véhicule de secours et son brancard.

#### Réalisation

##### En utilisant un brancard sans chariot

Le brancard est chargé dans le véhicule :

* soit directement sur des rails placés au sol du véhicule ;
* soit sur un porte brancard ﬁxe ou mobile.

Le brancard doit être verrouillé au sol ou au porte-­‐ brancard.

##### En utilisant un chariot-brancard

Le brancard est chargé dans le véhicule :

* soit directement sur des rails placés au sol du véhicule ;
* soit sur un porte brancard ﬁxe ou mobile.

Le brancard doit être verrouillé au sol ou au porte brancard.

Le chariot est chargé dans le véhicule de secours à trois secouristes, parfois quatre.

* Deux secouristes, placés à la tête de la vic7me, doivent :
  + maintenir le chariot et guider les rouleFes dans les rails du véhicule ;

Dès que l’avant du chariot est posé sur les rails :

* le(s) secouriste(s) placé(s) aux pieds de la vic7me doit(-­‐vent) :
  + libérer les pieds avant du brancard en appuyant sur la poignée de commande ;
  + pousser ensuite le brancard à l’intérieur du véhicule ;

Si besoin en se faisant aider par les deux secouristes placés au niveau de la tête de la vic7me.

Lorsque le chariot est rentré des deux 7ers dans le véhicule :

* les secouristes placés à la tête de la vic7me doivent :
  + soutenir le chariot ;
* le(s) secouriste(s) placé(s) aux pieds de la vic7me doit(-­‐vent) :
  + libérer les pieds arrière du chariot et les replier pour terminer la manœuvre.
* vériﬁer que le système de ﬁxa7on du chariot est verrouillé et immobilisé.

Le déchargement d’une vic7me d’un véhicule de secours se fait exactement de manière inverse au chargement.

#### Risques & contraintes

L’arrimage de la vic7me doit toujours être vériﬁé avant la manœuvre pour éviter toute chute.

Aﬁn de limiter les lésions dorsales, les secouristes doivent garder le dos droit et travailler en ﬂéchissant les genoux et les hanches.

La responsabilité de l’arrimage de la vic7me dans le moyen de transport et la fermeture des portes incombe au conducteur du véhicule.

En aucun cas, la manœuvre ne doit être réalisée à un seul secouriste.

Dans les véhicules de secours dotés de plusieurs brancards, le blessé le plus grave doit être le plus facilement accessible par les personnels d’accompa-­‐ gnement.

#### Evaluation

La personne commandant la manoeuvre est placée au pied du brancard pour surveiller les autres secouristes ainsi que la vic7me.

Le brancard doit être maintenu le plus horizontalement possible.

Une fois installé dans le véhicule le chariot est ﬁxé sur son support (ﬁxa7on 3 points).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 P 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Préparation d’un dispositif de portage

#### Indication

CeFe technique est indiquée chaque fois qu’une vic7me doit être installée sur un brancard ou un autre disposi7f qui permet son transport.

#### Justification

Aﬁn d’assurer un transport correct et confortable de la vic7me, le disposi7f de portage, en règle générale le brancard doit être préparé à l’avance par les secouristes.

#### Matériel

* + Un matériel de relevage ou de brancardage.
  + Un drap.

Le drap peut être en toile ou en matériau in7ssé. Il est préférable d’u7liser des draps à usage unique.

Les draps stériles sont u7lisés pour envelopper une vic7me qui présente des brûlures étendues.

* + Une couverture.

Elle est des7née à protéger la vic7me du froid.

Il est préférable d’u7liser des couvertures bactériosta7ques, lavables ou d’intercaler entre la couverture et la vic7me un drap de préférence à usage unique.

* + Une couverture de survie.

La couverture de survie est une couverture isolante. Elle a la forme d’un ﬁlm plas7que métallisé (une face argenté, une face dorée) de dimension 1,80 x 2,20 m. Elle est condi7onnée dans un sachet plas7que. Elle peut être stérile.

La couverture de survie limite la perte de température de la vic7me si la face dorée est contre son corps.

Si la couverture de survie est u7lisée pour protéger la vic7me du soleil, la face dorée est dirigée vers le soleil.

* + Des sangles de ﬁxa7on.

Les brancards sont équipés ou peuvent s’équiper de sangles de ﬁxa7on de la vic7me sur le brancard.

Avec les plans durs, des sangles *araignée*

peuvent être u7lisées.

#### Réalisation

##### Pour un brancard

Chaque fois que possible la vic7me est enveloppée dans un drap puis une couverture avant d’être arrimée sur le brancard. Pour cela :

* assurer le montage du brancard, si nécessaire ;
* installer un drap ou une couverture de survie sur le brancard ;

Le drap ou la couverture de survie sont placées en règle générale sur le brancard avant d’y déposer la vic7me. Elle peut ensuite être enveloppée avec.

Une fois que la vic7me a été installée sur le brancard au moyen d’une technique adaptée à son état :

* recouvrir la vic7me au moyen d’une couverture ;
* sangler la vic7me.

Les sangles doivent passer par dessus la couverture aﬁn que l ’ensemble soit parfaitement maintenu.

##### Pour une chaise de transport

Un drap (ou une couverture) peut être disposé sur une chaise de transport pour envelopper une vic7me. Le drap est placé sur la chaise en prenant soin de ne pas le laisser traîner au sol pour ne pas gêner le déplacement.

En aucun cas la couverture ou le drap ne devront rendre inaccessibles les sangles qui permeFent de maintenir la vic7me une fois celle-­‐ci installée sur la chaise.

#### Risques & contraintes

Le secouriste ne doit jamais u7liser une technique de déplacement de la vic7me si la vic7me est suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale ou des membres.

#### Evaluation

Le déplacement de la vic7me n’entraîne pas de désagrément pour celle-­‐ci et n’aggrave pas son état.

Une fois préparé, le dispositif de portage doit permettre :

* + d’envelopper facilement et totalement le corps de la vic7me dans un drap ou une couverture de survie ;
  + de maintenir la vic7me à l’aide de sangles pour éviter qu’elle ne chute pendant le transport.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 R 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Relevage à l’aide d’un brancard cuillère

#### Indication

L’u7lisa7on du brancard cuillère est par7culièrement indiquée dans les cas suivants :

* + vi c7me tr au ma 7sée su sp ect e d ’ u n trauma7sme du rachis pour l’installer sur un matelas immobilisateur à dépression ;
  + impossibilité de réaliser un pont simple ou un pont amélioré (zone surbaissée : vic7me sous un train, un véhicule...) ;

Il permet également de relever une vic7me sans aFeinte trauma7que présentant des souillures ou des salissures (le matériel est non oxydable et aisément neFoyable).

* régler sa longueur en fonc7on de la taille du blessé et le verrouiller dans ceFe posi7on ;
* s'assurer de la rigidité du système en 7rant sur la par7e mobile côté jambes ;
* désolidariser les deux par7es du brancard ;
* meFre en place un collier cervical à la vic7me, si elle est suspecte d’un trauma7sme du rachis.

Ini7alement :

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + placer la face palmaire des mains de la vic7me sur ses cuisses pour éviter de les pincer pendant la manœuvre de fermeture du brancard.

#### Justification

L’u7lisa7on du brancard cuillère facilite l’installa7on de la vic7me sur un brancard ou son transfert sur un matelas immobilisateur à dépression tout en maintenant son axe tête-­‐cou-­‐tronc.

#### Matériel

* Un brancard cuillère ;
* un collier cervical.

#### Réalisation

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants :

* un secouriste, placé à la tête la vic7me, à genou. Il en assure le main7en par une prise latéro-­‐latérale. (secouriste 1).

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* deux secouristes, placés de chaque côté de la vic7me (secouristes 2, 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

* déplier le brancard cuillère, si nécessaire ;
* placer le brancard cuillère le long de la vic7me ;

Puis :

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + se placer de chaque côté de la vic7me, chacun muni d’une cuillère du brancard ;
  + glisser une cuillère sous la vic7me, à tour de rôle ;

Pendant que glisse la cuillère, l’autre saisit la vic7me à l’épaule et à la hanche pour la 7rer vers lui très légèrement et faciliter ainsi la mise en place de la cuillère sous la vic7me.

Lors de la mise en place de la 2ème cuillère, s’assurer que ceFe dernière est bien en face de l’autre pour faciliter sa fermeture.

* + réunir et solidariser les deux par7es du brancard cuillère, à l’aide des disposi7fs à encliquetage ;

Il convient de commencer par celui situé à la tête, puis celui des pieds.

* + s’assurer de la fermeture du disposi7f à encliquetage en 7rant latéralement sur les deux par7es du brancard ;
  + installer les cales têtes, si les cuillères en sont équipées.

Une fois la tête calée, le main7en tête peut être relâché.

* + arrimer la vic7me au brancard cuillère si un brancardage doit être réalisé.

#### Risques & contraintes

Tout risque de chute de la vic7me ou d’une aggrava7on d’une éventuelle lésion de la colonne vertébrale est évité si la technique est correctement exécutée.

Eviter de pincer les par7es postérieures de la vic7me lors de la mise en place des cuillères.

Contrôler le verrouillage des cuillères aﬁn d’éviter tout risque de chute.

#### Evaluation

L’axe tête-­‐cou-­‐tronc de la vic7me doit être maintenu pendant toute la manœuvre si un trauma7sme du rachis est suspecté.

La mise en place des cuillères doit mobiliser le moins possible la vic7me.

A l’issue de la manœuvre, la vic7me est correctement installée sur le brancard cuillère et les ﬁxa7ons correctement fermées.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 R 02 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Relevage à quatre sauveteurs

#### Indication

Les techniques de relevage d’une vic7me à quatre secouristes sont réalisées si la vic7me est suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale ou si sa corpulence le nécessite.

#### Justification

Ces techniques permeFent :

* de maintenir eﬃcacement l’axe tête-­‐cou-­‐ tronc ;
* de pouvoir relever une vic7me lourde.

Une cinquième personne peut être u7lisée pour faire glisser le brancard sous la vic7me lorsque cela est nécessaire.

#### Matériel

* Un disposi7f de portage préalablement préparé et adapté si nécessaire à recevoir une vic7me qui présente un trauma7sme du rachis (matelas immobilisateur, plan dur).

L’ensemble de ce disposi7f sera nommé « brancard » dans la suite de la ﬁche.

#### Réalisation

##### Pont néerlandais à quatre sauveteurs

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite quatre intervenants :

* un secouriste, placé à la tête de la vic7me. Il en assure le main7en par une prise latéro-­‐latérale. (secouriste 1).

Il se posi7onne un genou côté brancard à terre, à l’intérieur des deux hampes du brassard et contre la poignée pour la caler.

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* trois secouristes, placés *en pont*, les jambes écartées au-­‐dessus de la vic7me (secouristes 2, 3 et 4).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

* disposer le brancard le long du corps de la vic7me et s’il a des rouleFes, les bloquer ;
* meFre en place un collier cervical à la vic7me, si elle est suspecte d’un trauma7sme du rachis ;

Ini7alement :

* les secouristes 2, 3 ou 4 doivent :
  + ramener les bras de la vic7me sur son tronc.

Puis :

* le secouriste 2 doit :
  + prendre posi7on au niveau des pieds de la vic7me ;
  + placer le pied côté brancard à l’intérieur des poignées de manière à les bloquer.
* les secouristes 3 et 4 doivent :
  + se placer debout respec7vement au niveau du bassin et des épaules de la vic7me en se faisant face ;
  + enjamber la vic7me successivement en prenant appui l’un sur l’autre pour poser leur pied sur la hampe extérieure sous le drap ;
  + engager les mains respec7vement sous les épaules et sous la taille de la vic7me (ou saisit les par7es latérales de la ceinture si elle est solide).
* le secouriste 2 doit :
  + saisir les chevilles de la vic7me ;

1er secouriste : « *Etes vous prêts ?* »

2ème , 3ème et 4ème secouristes : « P*rêts !* »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez! »

* les secouristes 2, 3 et 4 doivent :
  + se relever en gardant le dos plat ;
  + soulever la vic7me ;
    - déplacer latéralement la vic7me jusqu’au brancard ;
* le secouriste 1 doit :
  + accompagner le mouvement ;
  + ordonner de poser la vic7me sur le brassard, en ﬁn de déplacement.

Les secouristes doivent :

* poser la vic7me doucement sur le brancard ;
* se dégager successivement de la vic7me, dans l’ordre 3 et 4, puis l’équipier placé aux pieds (secouriste 2).

L’équipier de tête (secouriste 1) peut se dégager seulement si la vic7me n’est pas suspecte d’un trauma7sme du rachis.

##### Pont amélioré

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite quatre intervenants :

* un secouriste, placé à la tête la vic7me, en trépied. Il en assure le main7en par une prise latéro-­‐latérale (secouriste 1).

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* trois secouristes, placés *en pont*, les jambes écartées au-­‐dessus de la vic7me (secouriste 2, 3 et 4).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

* disposer le brancard dans l’axe de la vic7me, si possible au niveau des pieds ;

Un aide assurera son glissement sous la vic7me au commandement.

S’il n’est pas possible de disposer le brancard dans l’axe aux pieds de la vic7me, le secouriste qui sou7ent la tête (secouriste 1), se place à la tête de la vic7me *en pont* comme les autres secouristes pour laisser passer le brancard par la tête.

* meFre en place un collier cervical à la vic7me, si elle est suspecte d’un trauma7sme du rachis.

Ini7alement :

* les secouristes 2, 3 ou 4 doivent :
  + ramener les bras de la vic7me sur son tronc.

Puis :

* les secouristes 2, 3 et 4 doivent :
  + se placer l’un après l’autre en pont au dessus de la vic7me, jambes suﬃsamment écartées et pieds légèrement décalés, respec7vement au niveau des épaules, du bassin et des jambes de la vic7me ;

Les secouristes situés aux épaules et au bassin se font face.

Le secouriste aux membres inférieurs fait face au secouriste de tête.

* + s’accroupir en gardant le dos plat ;
  + engager leurs mains respec7vement sous les épaules de la vic7me, sous sa taille (niveau de la ceinture) et au niveau des chevilles ;

1er secouriste : « Etes vous prêts ? »

2ème , 3ème et 4ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

* Les secouristes doivent alors :
  + se relever en gardant le dos plat ;
  + soulever légèrement la vic7me pour permeFre le passage du brancard.

1er secouriste : « Envoyez le brancard ! »

* L’aide doit alors :
  + glisser le brancard entre les jambes des secouristes, sous la vic7me.
* Le secouriste 1 doit :
  + commander l’arrêt du brancard lorsque celui-­‐ci est arrivé sous la tête de la vic7me.

Une fois que le brancard est en place :

1er secouriste : « Posez ! »

* Les secouristes doivent alors :
  + poser doucement la vic7me sur le brancard ;
  + se dégager successivement de la vic7me, dans l’ordre 3 et 4, puis l’équipier placé aux pieds (secouriste 2).

L’équipier de tête peut se dégager seulement si la vic7me n’est pas suspecte d’un trauma7sme du rachis.

#### Risques & contraintes

Tout risque de chute de la vic7me ou d’une aggrava7on d’une éventuelle lésion de la colonne vertébrale est

évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manuten7on évite au secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

#### Evaluation

Le transfert de la vic7me sur le brancard doit être doux, sans à-­‐coup et l’axe tête-­‐cou-­‐tronc doit être respecté.

A l’issue de la manœuvre, la vic7me se trouve en posi7on correcte sur le brancard.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 R 03 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Relevage à trois sauveteurs

#### Indication

Les techniques de relevage d’une vic7me à trois secouristes sont réalisées si la vic7me n’est pas suspecte d’un trauma7sme de la colonne vertébrale et si sa corpulence le permet.

#### Justification

Ces techniques, très couramment u7lisées, permet-­‐ tent d’installer une vic7me sur un brancard.

Une quatrième personne peut être u7lisée pour faire glisser le brancard sous la vic7me lorsque cela est nécessaire.

#### Matériel

* Un disposi7f de relevage ou de brancardage préalablement préparé.

L’ensemble de ce disposi7f sera nommé « brancard » dans la suite de la ﬁche.

#### Réalisation

##### Pont néerlandais à trois sauveteurs

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants :

* un secouriste, placé *en pont*, au dessus de la tête de la vic7me (secouriste 1) ;

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* un secouriste, placé *en pont*, au dessus des pieds la vic7me (secouriste 2) ;
* un secouriste, placé *en pont*, au dessus de la vic7me, entre les deux autres (secouriste 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

* disposer le brancard le long du corps de la vic7me et s’il a des rouleFes, les bloquer ;

Ini7alement :

* ramener les avant-­‐bras de la vic7me sur son tronc ;

Puis :

* les secouristes 1 et 2 doivent :
  + se faire face ;
  + prendre posi7on respec7vement au niveau de la tête et des pieds de la vic7me ;
  + placer le pied côté brancard à l’intérieur des poignées situées contre la vic7me de manière à les bloquer.
* le secouriste 3 doit :
  + s’appuyer sur l’épaule du secouriste 1 ;
  + enjamber la vic7me et poser son pied sur le milieu de la hampe extérieure, sous le drap :
* le secouriste 1 doit :
  + glisser une main sous la nuque de la vic7me et l’autres sous ses omoplates ;
* le secouriste 2 doit :
  + saisir les chevilles de la vic7me ;
* le secouriste 3 doit ;
  + engager ses mains sous la taille de la vic7me ;
  + saisir les par7es latérales de la ceinture ou du pantalon, si elles sont solides ;

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts *!* »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

* les secouristes doivent :
  + se relever en gardant le dos plat ;
  + soulever la vic7me ;
  + déplacer latéralement la vic7me jusqu’au brancard ;
* le secouriste 1 doit :
  + ordonner de poser la vic7me sur le brassard, en ﬁn de déplacement.

Les secouristes doivent :

* poser la vic7me doucement sur le brancard ;
* se dégager successivement de la vic7me, sans la heurter.

##### Pont simple

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants :

* + un secouriste, placé *en pont*, au dessus de la tête de la vic7me (secouriste 1) ;

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* + un secouriste, placé *en pont*, au dessus des pieds la vic7me (secouriste 2) ;
  + un secouriste, placé *en pont*, au dessus de la vic7me, entre les deux autres (secouriste 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

* + disposer le brancard dans l’axe de la vic7me, si possible au niveau des pieds

Un aide assurera son glissement sous la vic7me au commandement.

Ini7alement :

* + ramener les avant-­‐bras de la vic7me sur son tronc ;

Puis :

* + le secouriste 1 doit :
    - se placer à la tête de la vic7me, jambes suﬃsamment écartées.
  + les secouristes 2 et 3 doivent :
    - se placer face au secouriste 1, *en pont* au dessus de la vic7me, jambes suﬃsamment écartées et pieds légèrement décalés, respec7vement au niveau des pieds et du bassin ;
    - s’accroupir en gardant le dos plat.
  + le secouriste 1 doit :
    - glisser une main sous la nuque de la vic7me et l’autres sous ses omoplates ;
  + le secouriste 2 doit :
    - saisir les chevilles de la vic7me ;
  + le secouriste 3 doit ;
    - engager ses mains sous la taille de la vic7me ;
    - saisir les par7es latérales de la ceinture ou du pantalon, si elles sont solides ;

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

Les secouristes doivent alors :

* + se relever en gardant le dos plat ;
* ever légèrement la vic7me pour permeFre le passage du brancard.

1er secouriste : « Envoyez le brancard ! »

* L’aide doit alors :
  + glisser le brancard entre les jambes des secouristes, sous la vic7me.
* Le secouriste 1 doit :
  + commander l’arrêt du brancard lorsque celui-­‐ci est arrivé sous la tête de la vic7me.

Une fois que le brancard est en place :

1er secouriste : « Posez *!* »

Les secouristes doivent alors :

* poser doucement la vic7me sur le brancard ;
* se dégager successivement de la vic7me, sans la heurter.

Transfert par *cuillère*

CeFe technique permet de transférer une vic7me du lit au brancard ou du brancard au lit.

La mise en oeuvre de ceFe technique nécessite trois intervenants qui se placent sur le côté du lit, respec7vement à la hauteur :

* des épaules de la vic7me (secouriste 1);

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* des hanches de la vic7me (secouriste 2) ;
* des genoux de la vic7me (secouriste 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

* disposer le brancard perpendiculairement au niveau du pied du lit, si c’est possible.

Si le brancard est équipé de pieds, les secouristes les déploient pour meFre le brancard à hauteur et bloquent les roues.

Puis :

* le secouriste 1 doit :
  + soutenir d’un bras l'ensemble tête-­‐nuque ;
  + s'appuyer de sa main sur l'omoplate opposée ;
  + soutenir le haut du thorax, de l’autre main.
* le secouriste 2 doit :
  + placer un avant-­‐bras sous la taille de la vic7me ;
    - placer l’autre avant bras sous le haut des cuisses de la vic7me.
* le secouriste 3 doit :
  + placer un avant-­‐bras sous le haut des jambes ;
  + placer l’autre avant-­‐bras sous les chevilles.

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

Les secouristes doivent alors soulever la vic7me.

1er secouriste : « Plaquez ! »

Les secouristes doivent alors plaquer la vic7me contre eux tout en se penchant légèrement en arrière pour équilibrer la charge.

1er secouriste : « Debout »

Les secouristes doivent alors :

* se lever ;
* se reculer ensuite ;
* s'approcher du brancard et s’arrêter le long de celui-­‐ci.

1er secouriste : « Arrêtez ! Levez ! »

Les secouristes doivent alors :

* rabaFre délicatement la vic7me ;
* poser la vic7me d'un bloc sur le brancard.

CeFe technique, diﬃcile à réaliser, est facilitée par l’u7lisa7on d’un portoir souple.

#### Risques & contraintes

Tout risque de chute de la vic7me est évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manuten7on évite au secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

#### Evaluation

Le transfert de la vic7me sur le brancard doit être doux, sans à-­‐coup et le moins trauma7sant possible.

A l’issue de la manœuvre, la vic7me se trouve en posi7on correcte sur le brancard.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 R 04 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Relevage d’une victime en position particulière

#### Indication

CeFe technique est indiquée dès lors que la vic7me est en posi7on latérale de sécurité, en posi7on assise ou demi-­‐assise, à plat dos, cuisses ﬂéchies.

#### Justification

CeFe technique permet de réaliser le relevage d’une vic7me en posi7on d’aFente.

#### Matériel

* Matériel de relevage et brancardage préalablement préparé, adapté à recevoir une vic7me et la garder dans la posi7on choisie.

#### Réalisation

##### Victime en position latérale de sécurité

CeFe technique est réalisée à quatre secouristes.

Le secouriste de tête main7ent la tête de la vic7me en posi7on latéro-­‐latérale.

Le secouriste situé au niveau des pieds, dès que les autres secouristes main7ennent la vic7me, ramène le membre inférieur ﬂéchi sur l’autre et saisit les chevilles ensemble.

La posi7on ﬁnale obtenue est si possible maintenue à l’aide d’un matelas immobilisateur à dépression.

##### Victime à plat dos, cuisses fléchies

Deux ou trois secouristes soulèvent la moi7é supérieure du corps selon une méthode en pont.

Les membres inférieurs sont saisis au niveau des genoux par le secouriste placé au pied de la vic7me.

##### Victime en position demi-assise

La par7e supérieure du corps est soutenue par le secouriste de tête qui glisse ses avants-­‐bras sous les aisselles de la vic7me.

La posi7on des autres secouristes ne diﬀère pas des règles générales du relevage.

Les matériels de calage sont transférés du sol sur le brancard après la dépose de la vic7me sur le brancard si ce dernier n’est pas équipé de disposi7f permeFant le main7en de ceFe posi7on.

##### Victime en position assise - Transfert sur une chaise de transport

L’installa7on d’une vic7me sur une chaise de transport rend plus facile son brancardage notamment si l’équipe doit emprunter des escaliers ou un ascenseur.

Pour être possible, il est indispensable que la vic7me puisse tenir la posi7on assise et que la posi7on assise ne soit pas contre-­‐indiquée.

Sa mise en oeuvre nécessite trois intervenants :

* un secouriste, chargé de maintenir la chaise de transport (secouriste 1) ;
* deux secouristes, placés devant et derrière la vic7me (secouristes 2 et 3).

Ini7alement :

* le secouriste 1 doit :
  + placer, sur le côté de la vic7me, la chaise de transport préalablement préparée ;
* le secouriste 2 doit :
  + croiser les bras de la vic7me sur sa poitrine ;
  + se placer derrière la vic7me puis glisser ses avants-­‐bras sous les aisselles et saisir les poignets opposés.
* le secouriste 3 doit :
  + se placer face à la vic7me, légèrement accroupi, un pied décalé vers la chaise de transport ;
  + saisir les genoux de la vic7me en glissant ses avants-­‐bras dessous.

2ème secouriste : « Etes vous prêts ? »

1er et 3ème secouristes : « Prêts ! »

2ème secouriste : « Attention pour lever… Levez ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + se relever en gardant le dos plat ;
  + soulever la vic7me et la déplacer latéralement au dessus de la chaise de transport ;

#### Risques & contraintes

Tout risque de chute de la vic7me lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et réalisée.

Le respect des règles de manuten7on précédemment décrites évite au secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

* + poser la vic7me doucement sur la chaise.
* le secouriste 1 doit :
  + aider à la récep7on de la vic7me.
* envelopper la vic7me avec le drap ;
* recouvrir la vic7me, éventuellement, d’une couverture ;
* arrimer la vic7me avant de la transporter.

#### Evaluation

La posi7on d’aFente choisie doit être maintenue au cours du relevage pour éviter une aggrava7on de l’état de la vic7me.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 R 05 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Retournement d’urgence à deux sauveteurs

#### Indication

CeFe technique est indiquée après avoir constaté la perte de connaissance chez une vic7me sur le ventre.

Elle doit être réalisée systéma7que lorsque l’on est en équipe et que la vic7me est suspecte d’un trauma7sme du rachis.

#### Justification

Le retournement d’une vic7me et sa mise en posi7on allongée, le dos sur le sol, est nécessaire pour :

* rechercher les signes de respira7on ;
* réaliser les gestes d’urgence comme la ven7la7on ar7ﬁcielle et les compressions thoraciques ;
* examiner une vic7me, l’immobiliser puis assurer son relevage.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

Le retournement s’eﬀectue du coté opposé au visage de la vic7me.

* Le 1er secouriste doit :
  + se placer dans le prolongement de la tête de la vic7me, un genou à terre l’autre en l’air du côté du retournement ;
  + saisir la tête de la vic7me avec deux mains (prise occipito-­‐frontale ou latéro-­‐latérale si la vic7me porte un casque) sans bouger la tête.
* Le 2ème secouriste doit :
  + allonger le membre supérieur de la vic7me, le long du corps, du côté du retournement ;
  + se placer dans une posi7on stable (à genoux ou en trépied) du côté du retournement à une distance suﬃsante pour ne pas gêner le retournement de la vic7me ;
* glisse sa main sous sa cuisse ;
* saisir la vic7me par l’épaule et par la hanche du coté opposé au retournement.

1er secouriste : « Etes-vous prêts ? » 2ème secouriste : « Prêt ! »

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* Le 2ème secouriste doit faire rouler doucement la vic7me au sol pour l’emmener sur le côté ;
* Le 1er secouriste doit accompagner le mouvement de la tête qui eﬀectue une rota7on moindre que le corps pour la ramener dans l’axe ;

Lorsque la vic7me se trouve sur le côté :

1er secouriste : « Halte ! » - « Repositionnez-vous ! »

* Le 2ème secouriste doit :
  + reposi7onner ses mains ;
  + s’écarter de la vic7me aﬁn de pouvoir l’allonger sur le dos sans encombre ;

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* Le 2ème secouriste doit terminer le retour-­‐ nement pour amener la vic7me sur le dos ;
* Le 1er secouriste doit accompagner le mouve-­‐ ment en maintenant la tête dans l’axe.

Une fois la vic7me sur le dos, les signes de respira7on peuvent être recherchés et les manœuvres de réanima7on débutées, si besoin.

En présence de trois secouristes, celui-­‐ci se place au niveau des membres inférieurs et les main7ent tout en accompagnant le mouvement.

#### Risques & contraintes

Aﬁn de limiter tout risque d’aggrava7on d’un trauma7sme de la colonne cervicale, il est préférable que le retournement soit réalisé à deux sauveteurs, au moins.

A l’issue de la manœuvre, le main7en-­‐tête doit être conservé, éventuellement après s’être replacé aﬁn d’adopter une posi7on eﬃcace.

#### Evaluation

L’axe tête-­‐cou-­‐tronc de la vic7me doit être maintenu le plus rec7ligne possible tout au long du retournement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 R 06 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Retournement d’urgence à un sauveteur

#### Indication

CeFe technique est indiquée après avoir constaté la perte de connaissance chez une vic7me sur le ventre qui ne présente pas de trauma7sme.

Elle peut aussi être réalisée lorsque le sauveteur est seul.

#### Justification

Le retournement d’une vic7me et sa mise en posi7on allongée, le dos sur le sol, est nécessaire pour :

* + rechercher les signes de respira7on,
  + réaliser les gestes d’urgence comme la ven7la7on ar7ﬁcielle et les compressions thoraciques,
  + examiner une vic7me, l’immobiliser puis assurer son relevage.

#### Matériel

Aucun matériel.

#### Réalisation

distance suﬃsante pour ne pas gêner le retournement complet de la vic7me ;

* saisir la vic7me par l’épaule et par la hanche du coté opposé au retournement ;
* faire rouler doucement la vic7me au sol jusqu'à ce qu’elle se retrouve sur le côté ;
* glisser la main qui était à l’épaule au niveau de la nuque de la vic7me, pour la maintenir ; l’avant bras reposant contre le dos de la vic7me ;
* 7rer sur la hanche de la vic7me aﬁn de terminer le retournement.

La main qui main7ent la nuque accompagne le mouvement. Elle est ensuite re7rée avec précau7on.

Une fois la vic7me sur le dos, les signes de respira7on peuvent être recherchés et les manœuvres de réanima7on débutées, si besoin.

#### Risques & contraintes

Aﬁn de limiter tout risque d’aggrava7on d’un trauma7sme de la colonne cervicale, il est préférable que le retournement soit réalisé à deux sauveteurs, au moins.

Le retournement s’eﬀectue du coté opposé au visage de

la vic7me.

* + Placer le bras de la vic7me du coté du retournement au-­‐ dessus de sa tête1 ;
  + se placer dans une posi7on stable (à genoux ou en trépied) du côté du retournement, à une

#### Evaluation

L’axe tête-­‐cou-­‐tronc de la vic7me doit être maintenu le plus rec7ligne possible tout au long du retournement.

1 Le fait de placer le bras de la victime au-dessus de sa tête permet de faciliter le retournement et de maintenir la tête dans l’axe lors du retournement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Référence : | FT 08 T 01 | Version : | 1.1.1 | Mise à jour : | septembre-­‐14 |

### Transfert d’une victime à l’aide d’une alèse portoir

#### Indication

La mise en place d’une alèse portoir est indiquée :

Ini7alement :

* ramener les bras de la vic7me le long de son corps, paume des mains sur les cuisses.
* pour faciliter un changement prévisible de brancard (passage d’un brancard au lit ou changement de brancard) ;

L’alèse portoir est alors placée sur le brancard avant de déposer la vic7me par une méthode classique.

* pour transférer un malade ou un blessé sans aFeintes graves sur un brancard ou sur un lit
* pour transporter une vic7me sans aFeinte grave dans des endroits exigus non accessibles à un autre moyen de relevage ou brancardage.

#### Justification

CeFe technique facilite l’installa7on d’une vic7me sur un brancard ou sur un lit en limitant les contraintes musculo-­‐squeleÄques des secouristes.

#### Matériel

* Une alèse portoir.

#### Réalisation

CeFe technique consiste en un roulement au sol de la vic7me.

Sa mise en oeuvre nécessite trois intervenants au minimum :

* un secouriste, placé à la tête de la vic7me (secouriste 1) ;

C’est ce secouriste qui guide et commande l’ensemble de la manoeuvre.

* deux secouristes, placés côté du retournement, à quelques cen7mètres (secouristes 2 et 3) ;

Puis :

* le secouriste 1 doit :
  + maintenir la tête de la vic7me par une prise latéro-­‐latérale.
* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + placer l’alèse portoir de toile enroulée ou repliée sur elle-­‐même le long de la vic7me ;
  + se placer du côté du retournement, à quelques cen7mètres du blessé, respec-­‐ 7vement au niveau du tronc et des membres inférieurs de la vic7me ;
  + saisir la vic7me du côté opposé au retournement au niveau de l’épaule, du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés ;

La main opposée de la vic7me peut être bloquée contre le haut de sa cuisse par la main d’un des deux secouristes.

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + tourner la vic7me sur le côté ;

La rota7on se fait lentement et d’un bloc.

* le secouriste 1 doit :
  + accompagner le mouvement pour garder la tête du blessé dans l’axe du tronc.
* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + interrompre la rota7on dès que la vic7me est suﬃsamment tournée pour pouvoir glisser l’alèse portoir sous son dos.

1er secouriste : « Glissez le portoir ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + glisser l’alèse portoir le plus loin possible sous son dos ;
  + s’assurer que l’alèse est bien centrée sur la hauteur de la vic7me.

1er secouriste : « Posez ! »

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + reposer la vic7me délicatement sur l’alèse portoir ;
  + changer de posi7on et reprendre les mêmes posi7ons de l’autre côté.

1er secouriste : « Etes vous prêts ? » 2ème et 3ème secouristes : « Prêts ! »

1er secouriste : « Attention pour tourner… Tournez ! »

#### Risques & contraintes

Correctement réalisée, ceFe technique ne présente pas de danger par7culier au moment de sa mise en œuvre.

L’alèse portoir ne doit pas être u7lisée pour relever une vic7me qui présente une aFeinte trauma7que grave (trauma7sme du rachis, trauma7sme non immobilisé des membres).

* les secouristes 2 et 3 doivent :
  + tourner la vic7me sur le côté ;
  + dérouler ou déplier l’alèse portoir ;
  + reposer la vic7me sur l’alèse.

#### Evaluation

La rota7on de la vic7me par les secouristes doit être synchronisée, douce et sans à-­‐coup.

A l’issue de la manœuvre, la vic7me doit être correctement installée sur le portoir et centrée sur ce dernier.

# 